FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 **THÈSE** N°

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

---

LA

# Rétroversion de l'Utérus gravide

## et son traitement

*En particulier par la Laparotomie*
*complétée par la Ligamentopexie*

par


FERNAND LERAT

Né le 13 Mai 1885 à Nantes

Interne des Hôpitaux de Nantes
Préparateur de Bactériologie à l'Ecole de Médecine
Lauréat de l'Ecole de Médecine (Prix Marcé, 1910)


---

Sous la présidence de M. le Professeur BAR


NANTES
IMPRIMERIE A. DUGAS
5, QUAI CASSARD, 5

1911

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie générale | GAUTIER. |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | ACHARD. |
| Pathologie médicale | WIDAL. N... |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE. |
| Anatomie pathologique | P. MARIE. |
| Histologie | PRENANT. |
| Opérations et appareils | HARTMANN. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | MARFAN. |
| Hygiène | CHANTEMESSE. |
| Médecine légale | THOINOT. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | HUTINEL. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | G. BALLET. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE. |
| Clinique chirurgicale | DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND. |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN. |
| Clinique d'accouchements | BAR. PINARD. RIBEMON-DESSAIGNE. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN. |

## Agrégés en exercice

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD. | DESGREZ. | LENORMANT. | RATHERY. |
| BERNARD. | DUVAL (Pierre). | LEQUEUX. | RETTERER. |
| BRANCA. | GOUGEROT. | LOEPER. | RICHAUD. |
| BRINDEAU. | GRÉGOIRE. | MACAIGNE. | ROUSSY. |
| BROCA (André). | GUENIOT. | MAILLARD. | ROUVIÈRE. |
| BRUMPT. | GUILLAIN. | MORESTIN. | SCHWARTZ. |
| CAMUS. | JEANNIN. | MULON. | SICARD. |
| CARNOT. | JUSSET (André). | NIGAUX. | TERRIEN. |
| CASTAIGNE. | LABBÉ (Marcel). | NOBÉCOURT. | TIFFENEAU. |
| CHEVASSU. | LANGLOIS. | OKINCZYC. | ZIMMERN. |
| CLAUDE. | LAIGNEL-LAVASTINE. | OMBREDANNE. | |
| COUVELAIRE. | LECENE. | PROUST. | |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR EDMOND VIGNARD

Professeur de clinique obstétricale à l'École de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hôpitaux

A MON PÈRE

LE DOCTEUR FERNAND LERAT

Ancien chef des travaux anatomiques à l'École de Médecine de Nantes
Ancien professeur à l'École des Sciences

MON PREMIER MAITRE

*Témoignage de ma plus affectueuse reconnaissance.*

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

Le DOCTEUR HENRI LERAT

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

GEORGES LERAT

Avocat, docteur en droit

*Qui me furent toujours d'un exemple très profitable.*

MEIS ET AMICIS



29237

A NOTRE ONCLE

## LE DOCTEUR EDMOND VIGNARD

Professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hôpitaux

Qui fut notre maître très cher, qui toujours nous a témoigné une si affectueuse sympathie et qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse.

*Témoignage d'affectueuse gratitude*

## A NOS MAITRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAPPIN

Directeur de l'Institut Pasteur de la Loire-Inférieure
Professeur de Bactériologie à l'Ecole de Médecine

Dont nous eûmes l'honneur d'être le préparateur

## A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur ÉMILE BUREAU

Dont nous fumes l'externe

Monsieur le Docteur BÉCIGNEUL ;

Monsieur le Professeur MAURICE BUREAU ;

Monsieur le Professeur suppléant AUBRY ;

Monsieur le Professeur URBAIN MONNIER ;

Monsieur le Professeur GUILLEMET ;

Monsieur le Professeur OLLIVE ;

Monsieur le Professeur VIGNARD ;

Dont nous eumes l'honneur d'être successivement l'interne

*Témoignage de respectueuse gratitude*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ C. JEANNIN

Accoucheur des Hôpitaux

Qui nous accueillit avec tant de bienveillance et dont les conseils nous furent d'un si grand secours dans l'exécution de ce travail.

*Profonde reconnaissance*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR BAR

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

*Avec l'hommage de notre très respectueuse reconnaissance*

N.-B. — *Les numéros placés après les noms d'auteurs renvoient à* l'Index Bibliographique.

# INTRODUCTION

La rétroversion de l'utérus peut amener des troubles graves au cours de la grossesse : troubles graves non seulement pour l'existence du fœtus, mais mettant même la vie de la mère en péril.

Aussi, depuis longtemps, s'est-on ingénié à traiter cette affection.

Notre maître, le professeur Vignard, a bien voulu nous communiquer trois observations de rétroversion de l'utérus gravide traitée par la laparotomie ;

Nous eûmes la chance d'observer un cas analogue dans le service du professeur Poisson ; aussi nous a-t-il paru intéressant de prendre comme sujet de thèse : *Le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide.*

En faisant nos recherches bibliographiques, nous avons retrouvé une thèse soutenue en 1874 (1) et suggérée par notre grand-père, le Docteur Vignard, professeur de clinique obstétricale. Nous avons pu nous convaincre en la lisant combien les idées sur cette question, si importante au

(1) Thèse de De France : *La Rétroversion de l'utérus gravide au point de vue de son traitement.*

point de vue obstétricale, s'étaient profondément modifiées.

Nous comprenons qu'à cette époque déjà lointaine, on s'appliquait à réduire l'utérus retroversé sans intervention sanglante.

On ignorait l'aseptie — et un bon chirurgien se contentait alors d'être propre au sens banal du mot et aussi rapide que possible.

Les interventions abdominales étaient alors si meurtrières que les accoucheurs ayant deux existences à sauver, se souciaient peu de les employer, quand ils y songeaient ; et, dans l'embarras, ils préféraient sacrifier la vie du fœtus : ils provoquaient l'avortement.

A l'heure actuelle, ces opérations sont devenues aussi bénignes que possible, aussi peut-on, sans aucune crainte, y avoir recours pendant la grossesse.

Après avoir étudié l'étiologie, les symptômes et les complications de la rétroversion de l'utérus gravide, nous passerons en revue les différents traitements qui ont été proposés et employés dans cette affection.

Nous essaierons ensuite de montrer les indications, les avantages et les résultats du redressement de l'utérus rétrodévié, difficilement réductible, par la laparotomie. Nous montrerons comment ce mode de traitement rationnel, qui ne pouvait être mis en pratique il y a une quarantaine

d'années, a été employé d'abord timidement, puis de plus en plus fréquemment au fur et à mesure des observations publiées et comment, à l'heure actuelle, il est admis par la presque totalité des auteurs.

Nous avons essayé de faire une bibliographie aussi complète que possible et de reproduire les différentes observations publiées à ce sujet, et nous serons heureux, si par ce travail, nous avons pu arriver à démontrer l'avantage incontestable de la laparotomie pour réduire l'utérus rétrodévié difficilement réductible et l'inocuité de cette méthode, tant pour la mère que pour le produit de la conception.

## CHAPITRE PREMIER

# Etiologie

Les causes indiquées par les différents auteurs comme capables de déterminer la Rétroversion de l'utérus gravide sont assurément très variées, mais il s'en faut pour qu'elles aient toutes la même importance.

1° Il faut citer tout d'abord, et cela semble logique, la *rétroversion préexistente à la grossesse.*

Cette étiologie proposée la première fois par Amussat en 1843 (en le *Journal de Chirurgie* de Malgaigne) fut longtemps discutée, car l'on admettait qu'une femme atteinte de rétroversion était fatalement vouée à la stérilité.

Cependant elle fut soutenue avec observations à l'appui successivement par Tyler Smith, 1861, par Herbert, 1872, Bernutz, 1874, Doleris, 1879. Combarieu (31) qui dans sa thèse rapporte 15 observations de femmes atteintes de rétroversion qui, à plusieurs grossesses consécutives, eurent à souffrir d'accidents d'enclavement.

Actuellement la majorité des auteurs admettent

que c'est là la cause principale des accidents de rétroversion de l'utérus gravide et Küstner (79) a pu formuler « dans l'immense majorité des cas quand on constate une rétroversion de l'utérus gravide, le déplacement de l'utérus existait déjà avant la conception ».

2° Cette rétrodéviation préexistente pourra du reste être mobile ou plus où moins adhérente, car d'après Delbet la rétrodéviation serait causée le plus souvent par la périmétrite et ceci nous amène à envisager une seconde cause des accidents que nous étudions ; nous voulons parler *des brides et des adhérences*, reliquat d'un processus inflammatoire quelconque, le plus souvent d'une pelvi-péritonite d'origine génitale, mais parfois d'une péritonite d'une autre nature, appendiculaire par exemple.

L'on peut tout d'abord penser au rôle possible des brides utéro-rectales, ou même utéro-pelviennes qui, fixant la paroi postérieure de l'utérus, entraînent fatalement sa rétroversion lors de son ascension.

Amussat croyait à la fréquence et au rôle important de ces brides utérines, Bernutz (13) également pensait qu'elles restaient solides et inextensibles.

Au contraire, pour un grand nombre d'auteurs, ces cas d'adhérences de l'utérus s'opposant à la réduction de l'utérus gravide seraient exception-

nels. C'est l'avis de Charles de Liège (26) et Duncan (42), de Barnes (9), de Spiegelberg et de Pinard et Varnier (110), qui émettent cette opinion que les adhérences utérines au cours de la grossesse, s'atrophient, s'élongent et se résorbent : « elles acquièrent des propriétés tout-à-fait comparables à celles des fibromes interstitiels ou sous-séreux qui deviennent extensibles et semblent assimiler leurs éléments à ceux de l'utérus gravide » et c'est la même idée exprimée par Tarnier (A. Gyn., 1886) (135), quand il dit « lorsque la grossesse surprend un utérus fixé, les adhérences tendent à se ramollir et à se résorber, pour laisser l'utérus reprendre sa direction normale ».

Cependant, pour être rares, ces brides restitantes ont été pourtant observées par certains auteurs :

Bernutz, cité par Pinard et Varnier ;

Dubourg, Congrès de Bordeaux, 1895 ;

Charleix et Fieux, Congrès de Bordeaux, 1895.

Au contraire, certaines adhérences viscérales indépendantes de l'utérus, ne subissent pas de ramollissement sous l'influence de la grossesse et peuvent jouer un certain rôle dans la pathogénie des accidents que nous étudions. C'est ainsi que Pinard et Varnier rapportent que l'on a rencontré parfois des adhérences vésico-intestinales ou vésico-pelviennes qui, formant au-dessus de l'utérus une sorte de toit, clôturant l'aire du

détroit supérieur, empêchant absolument l'ascension de l'utérus dans la grande cavité abdominale et produisant son enclavement irréductible.

3° La présence d'une *tumeur abdominale* pourra aussi occasionner la rétroversion de l'utérus gravide.

Ce pourra être soit un kyste de l'ovaire (Mouchet) (98), soit un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus qui, en s'interposant entre l'utérus et la paroi abdominale comme un coin, amènera la chûte de celui-ci en arrière (Pichevin) (109).

On a voulu faire jouer un rôle aussi aux fibromes développés sur la paroi postérieure de l'utérus et qui, par leur poids, feraient basculer l'utérus.

4° Ce serait d'une façon analogue qu'agirait aussi l'insertion du placenta sur la paroi postérieure de l'utérus. Dans ce cas, la surcharge de cette paroi ferait même que la rétroversion réduite aurait tendance à se reproduire.

5° L'on a encore cité le rôle que peuvent jouer les *viciations du bassin.*

Un bassin trop large donnera toute facilité à un utérus pour se déplacer en arrière ; il est vrai qu'un tel bassin favorisera aussi la réduction spontanée de la déviation ; un bassin au contraire, dont le détroit supérieur sera rétréci, dont l'angle sacro-vertébrale proéminera d'une façon exagérée, agira aussi mais d'une différente façon « *l'utérus se levant dans l'excavation en augmentant de volume*

*sera, en quelque sorte, accroché par la saillie trop avancée du sacrum et sera entrainé en arrière par ce mécanisme* (Lacroix) ». (82)

On a encore noté l'influence d'un prolapsus utérin préexistant à la grossesse, Barnes, Salmon, Imlach rapportent des observations de ce genre.

Il reste enfin à signaler deux phénomènes que, longtemps les auteurs ont considérés comme pouvant être la cause de l'affection, alors que ce ne sont presque toujours que des complications ; nous voulons parler de l'accumulation de matières fécales et de la rétention d'urine.

6° *L'accumulation des matières fécales* avait été signalée tour à tour par Baudelocque, Mme Boivin, Paul Dubois, Desormaux, Depaul, comme pouvant occasionner la rétroversion d'un utérus gravide.

Il est plus vraisemblable d'admettre que ce phénomène n'est que le résultat de la compression du rectum par le fond de l'utérus déjà rétro-dévié.

Cependant il ne répugne pas de croire que si l'utérus est déjà un peu rétro-dévié, l'intestin-grêle plein de matières s'introduisant dans le cul-de-sac vésico-utérin, ou bien l'S iliaque contenant le bol fécal et opérant sur le fond utérin une certaine pression puisse accentuer la déviation et occasionner l'enclavement.

7° Quant à *la rétention d'urine*, elle a été longtemps considérée comme cause, car c'est de

tous les symptômes, celui qui attire le premier l'attention, mais en somme ce n'est qu'une complication. Mais il est juste d'ajouter que cette complication devient une cause d'aggravation de la lésion.

Car si la matrice déviée empêche, par le mécanisme que nous étudierons plus loin, la vessie de se vider, celle-ci distendue, refoule de plus en plus l'utérus en arrière et s'oppose à sa réduction.

8° Comme cause prédisposante il faut signaler le ramollissement de l'isthme et des ligaments, ramollissement qui procède de la grossesse elle-même, mais qui se rencontre au maximum chez les multipares et c'est ainsi que la *multiparité* agit.

9° D'après les statistiques, il y a en effet une forte majorité de multipares parmi les femmes atteintes de cette affection.

Charles de Liège, relève sur 79 cas, 66 multipares pour 13 primipares.

Martin, sur 121 cas, 99 multipares pour 22 primipares.

C'est-à-dire à peu près 1 primipare pour 5 multipares.

10° Enfin, dans certains cas à début brusque, on est tenté d'incriminer soit un effort violent, comme celui de soulever un fardeau, de déféquer, de tousser, de vomir, soit un coup, soit une chûte.

Il s'agit sans doute dans ces cas le plus souvent

de déviation depuis longtemps latente et qui, à cette occasion, se révèle brusquement par des symptômes tout de suite alarmants.

11° Pour terminer il est bon de noter que les accidents dus à la rétro-déviation de l'utérus gravide, n'apparaissent pas indifféremment à toutes les époques de la gestation ; avant le 2e ou 3e mois, la déviation ne s'accompagne d'aucun trouble en général, après le 5e mois la déviation ne peut plus se produire.

Une statistique d'Elleaume (45) portant sur 52 cas donne :

| | | |
|---|---|---|
| 1 | cas se signalant à | 1 mois |
| 2 | — — | 1 1/2 |
| 7 | — — | 2 |
| 11 | — — | 3 |
| 10 | — — | 3 1/2 |
| 16 | — — | 4 |
| 4 | — — | 4 |
| 4 | — — | 5 |
| 1 | — — | 7 |

C'est donc surtout dans le 3e mois et dans le 4e mois de la grossesse que l'on observera des accidents dûs à la retroversion de l'utérus gravide.

## CHAPITRE II

## Etude clinique

*A. — Prodromes.*

La retroversion de l'utérus gravide pendant les 2 premiers mois de la grossesse ne s'accompagne, en général, d'aucun symptôme très marquant. C'est à peine si, dans cette période prodromique, les troubles dûs à la déviation se distinguent de ceux qui marquent le début de la gestation.

C'est d'abord une sensation de gêne, de pesanteur dans le bas-ventre, parfois accompagnée d'une sensation de tiraillements dans les aines et les lombes. Ces sensations pénibles apparaissent pendant la marche ou la station debout et disparaissent aisément par le repos et le décubitus horizontal.

Il existe parfois aussi des troubles vésicaux légers, un peu de tenesme, des envies fréquentes d'uriner, des mictions pénibles, douloureuses.

La constipation est aussi fréquemment observée.

Enfin, les phénomènes sympathiques de la grossesse sont quelquefois exagérés.

Ces différents symptômes sont souvent peu accentués et rarement réunis chez le même sujet.

Cependant, il est important de savoir diagnostiquer l'affection dès cette époque, ce qui sera assez facile par l'examen physique et, en particulier, par le toucher vaginal.

On trouvera alors le col utérin porté en avant, du côté de la synphyse pubienne et, dans le cul de sac postérieur, une tumeur globuleuse, lisse, régulière, douloureuse, formée par le corps utérin.

Si la déviation n'a pas attiré l'attention par quelques symptômes, si l'examen n'a pas été fait, si en somme le diagnostic de la lésion n'a pas été porté et le traitement institué, il pourra se produire alors une des trois choses suivantes :

Ou bien l'utérus se redressera spontanément et la grossesse continuera à évoluer normalement, ou bien la grossesse s'interrompra précocement, ou bien la grossesse évoluant et l'utérus restant dans sa position vicieuse, vers le 3e ou 4e mois éclateront les phénomènes d'incarcération.

*A la réduction spontanée* a été fréquemment observée et sont nombreuses les femmes qui, ayant une rétro-déviation deviennent enceintes et conduisent à bien leur grossesse. Il a été signalé même que parfois, dans des cas analogues, la déviation ne réapparaît plus après l'accouchement, la grossesse ayant eu un rôle curateur.

Par quel mécanisme cette réduction s'opère-t-elle ?

Certains auteurs ont invoqué l'ampliation sacculaire de la paroi antérieure, l'utérus gêné dans son expansion en arrière se développerait surtout aux dépens de sa paroi antérieure.

« *La région distendue à l'excès tire après soi, petit à petit le reste de la paroi utérine et la réduction finit, par s'opérer.* »

Bar *Clinique Obstétricale* (7).

d'autres font jouer un rôle aux contractions de la paroi antérieure.

Harlay (66) dans sa thèse, accorde une grande part aux ligaments de l'utérus.

« *Tandis que l'on observe du coté de l'utérus une augmentation de volume et le nombre de ses fibres musculaires, des modifications analogues se passent dans ses annexes : les ligaments ronds prennent une plus grande tonicité, se rétractent ; leurs éléments musculaires deviennent plus nombreux et s'hypertrophient, les ligaments larges sont également le siège d'un travail hyperplasique, tout l'appareil suspenseur de l'utérus se tend, acquiert une vigueur nouvelle en rapport avec l'augmentation du volume de l'œuf et combine ainsi ses forces pour ramener en avant le fond de l'organe.* »

*B* L'avortement se produisant dans les deux premiers mois n'aura rien de très particulier et

souvent sera mis sur le compte de tout autre cause.

(*Le professeur Bar a signalé dans ces avortements la fréquence des rétentions placentaires*).

### C — Incarcération.

*L'incarcération* se manifestera par des symptômes graves traduisant la compression de plus en plus grande exercée par le corps utérin enclavé dans le petit bassin sur les organes voisins : vessie, rectum, vaisseaux et nerfs.

Ces symptômes pourront soit apparaître progressivement et n'être en somme que l'aggravation des symptômes prodromiques, soit brusquement dans le cas de rétroversion subite dans ce cas, « l'apparition de la rétroversion est marquée par une sensation brusque de déplacement d'un organe dans le bas ventre accompagnée d'une douleur plus ou moins vive et quelques fois d'une sorte de craquement. » Tarnier et Budin (136).

#### 1° Symptomes fonctionnels.

Quelque soit le mode de début progressif ou subit les symptômes fonctionnels qui en général dominent la scène, sont les symptômes vésicaux et particulièrement la rétention d'urine, si bien que Pinard et Varnier ont pu dire : « Dans la rétroversion de l'utérus gravide, l'utérus n'est rien, la vessie est tout. »

*a*) *La rétention d'urine* est donc le symptôme capital, celui qui manque le moins, si bien qu'il avait été considéré par plusieurs auteurs comme la cause même de la rétro-déviation.

La rétention est d'abord le plus souvent incomplète, la malade a des envies fréquentes d'uriner, et n'arrive, au bout de pénibles efforts, qu'à expulser quelques gouttes d'urine, puis bientôt, malgré les efforts, la miction devient absolument impossible, la rétention est alors complète. A cet état de rétention absolue, à moins d'accidents graves (gangrène, rupture), fait suite une période de fausse incontinence, la vessie dilatée au maximum se vide par regorgement : c'est l'incontinence paradoxale de Treub (139).

La pathogénie de cette rétention est sujette à discussion pour Olshausen (106), elle serait due à la coudure de l'urêtre.

Pour Treub le col de la vessie étant plus ou moins adhérent au col utérin, celui-ci l'étirerait en se déplaçant et l'allongement faisant disparaître peu à peu la lumière du canal, s'opposerait au passage de l'urine ; Kustner (79) voit dans ce symptôme que le résultat de la compression de l'urêtre entre le col utérin et la Symphyse.

Mais Pollosson fait remarquer que souvent le col est situé au dessus de la symphyse et ne compresse pas l'urêtre, mais la partie inférieure de la vessie.

Ch. Reed (119) accorde un rôle à la paralysie vésicale par compression des nerfs sacrés. Enfin, pour Martin et Brée (93) la vessie coiffant le fond utérin et entraînée par la rétroflexion, descendrait dans la cloison recto-vaginale en la dédoublant de façon à venir presque boucher sous le périnée.

Dans ces conditions la vessie revêt la forme d'un sablier dont l'étranglement correspondrait soit au col utérin, soit à l'angle de coudure de l'utérus, et le sommet de la vessie étant dans une position déclive, sa dilatation se trouve de la sorte favorisée.

*b*) La compression directe du rectum par le fond de l'utérus se manifeste par une constipation de plus en plus opiniâtre, jusqu'à devenir absolue.

Les gaz même ne peuvent plus être évacués.

Cette rétention de matières fécales s'accompagne de tenesme, de prurit-anal, de congestion hemorroïdaire.

Si ces symptômes de compression intestinale sont souvent observés, ils peuvent cependant manquer et même être remplacés par la diarrhée, voire même de l'incontinence des matières fécales.

*c*) Les sensations pénibles du début ont fait place à des *douleurs* de plus en plus vives, douleurs incessantes dans les 2 hypocondres : l'hypogastre et la région lombaire.

Douleurs complexes provenant à la fois de l'utérus, de la vessie et de l'intestin surdistendus des troncs nerveux voisins comprimés.

La moindre fatigue augmente ces douleurs, le décubitus dorsal lui-même est pénible. La malade recourt spontanément au décubitus latéral d'abord, puis « elle s'appuie sur les genoux et les coudes, diminuant ainsi la compression exercée par les tumeurs vésicale et utérine sur le plexus sacré. »

*d*) *Œdèmes.* — On a observé assez fréquemment des œdèmes des membres inférieurs dus à la gêne de la circulation en retour par la compression des veines iliaques.

2° Signes physiques.

Si l'on se trouve en présence d'une malade présentant les symptômes que nous venons de voir, l'examen méthodique révèlera un certain nombre de signes physiques qui mettront sur la voie du diagnostic.

Les renseignements fournis par l'examen seront différents selon qu'il y aura une grosse rétention d'urine ou non, ou qu'on le pratiquera avant le cathétérisme vésical ou après.

*a*) *L'inspection*, au cas où la vessie serait distendue, montrera un ventre volumineux, plus volumineux que ne le comporterait l'âge de la grossesse: la peau est tendue, lisse, avec parfois des vergetures récentes.

*b*) Dans les mêmes circonstances la *palpation* permettra de délimiter une tumeur à pôle supérieur arrondi, plongeant dans le petit bassin, molle, fluctuante et que la percussion révèlera mate.

Cette tumeur remonte parfois jusqu'à l'ombilic et même plus haut.

Ces symptômes disparaissent évidemment après le cathétérisme de la vessie, et alors la main qui palpe plonge aisément dans le petit bassin sans rencontrer la tumeur que devrait former l'utérus gravide s'il était en position normale.

*c*) *L'auscultation*, lorsque la vessie est replète ne donne aucun renseignement, après le cathétérisme on peut entendre le souffle utérin, mais rarement on aura l'occasion de percevoir les bruits du cœur fœtal, car les accidents éclatent souvent à un âge où ceux-là ne sont pas encore perceptibles.

*d*) *Le toucher vaginal* donnera des renseignements capitaux. On devra s'entourer pour le pratiquer de toutes les précautions d'aseptie désirables, car la femme que l'on examine est une femme susceptible d'avorter.

L'attention est tout d'abord attirée par ce fait que le doigt qui touche ne rencontre pas le col utérin, qui est d'habitude la première chose que l'on perçoit.

Il arrive généralement sur une tumeur médiane ronde, lisse, régulière, plutôt rénitente que fluctuante, changeant parfois de consistance sous le doigt et dont le contact est assez douloureux pour la malade.

Cette tumeur est constituée par le corps utérin, par le fond même de l'utérus qui saille dans le

cul de sac fortement et l'efface complètement.

Si après cette sensation perçue l'on poursuit l'examen, on trouve le col de l'utérus tout à fait en avant, plaqué contre la symphyse, très élevé, l'orifice regardant en avant.

La paroi antérieure du vagin est très étirée et entraîne avec elle le méat urinaire, le cul de sac antérieur très profond, alors qu'au contraire la paroi postérieure est raccourcie, plissée et le cul de sac effacé. Si l'on pratique le toucher lorsque la vessie est distendue, la paroi antérieure pourra bomber dans le vagin, et le palper combiné au toucher la sensation de flot.

On pourra aussi percevoir si l'on en croit une observation de Martin et Brée, cité par Lefebvre (86) au niveau de la paroi postérieure du vagin, plus bas que la tumeur formée par le corps utérin, immédiatement au-dessus de la fourchette, une autre tumeur fluctuante, molle, qui serait formée par un diverticule vésical, entraîné dans le Douglas par le corps utérin.

c) Le toucher rectal montre la même tumeur, lisse, arrondie, régulière, rénitente, perçue par le toucher vaginal et fait voir qu'elle comprime fortement l'intestin contre le sacrum dont elle épouse la courbure.

3° Complications.

Telle est la symptomatologie de l'utérus gravide rétroversé à la période d'état en quelque sorte.

A cette période, l'utérus a peu de chance de se réduire spontanément et si l'on ne vient en aide à la malade, alors commence une série de complications toutes de plus haute gravité et qui entraîne le plus souvent la mort.

Ces complications peuvent être de plusieurs ordres, soit vésical, soit intestinal, soit utérin, soit général.

*a*) *Complications vésicales.*

La stagnation de l'urine dans la vessie et la distension exagérée de sa paroi ne sont pas sans amener rapidement des troubles sérieux.

La cystite banale au début, revêt fréquemment la forme hémorragique ainsi qu'il en résulte des recherches de Baisch (6), cette cystite hémorragique n'est pas toujours la conséquence de la seule distension de la vessie, mais n'est parfois que la manifestation première de l'envahissement de la vessie par des germes infectieux et en particulier le coli-bacille. C'est ainsi que Delmas et Roger (36) ont rapporté à la Société des sciences médicales de Montpellier un cas de cystite hémorragique à coli-bacilles au cours d'une rétroversion de l'utérus gravide.

Cette infection, du reste, ne tarde pas à se mani-

fester plus gravement par des symptômes de suppuration et même de gangrène de la vessie.

En effet, la muqueuse se désagrège, l'urine s'infiltre dans les couches musculeuses, l'urine devient alors sanieuse, fétide, tenant en suspension des débris membraneux.

Parfois la muqueuse gangrenée se détache en entier, dans certains cas mêmes cités par Ruckenberg et Madurowicz, il y aurait gangrène de toute la paroi vésicale.

Ces phénomènes gangréneux dûs d'après Treub seulement à la distension énorme et aiguë des parois vésicales qui se crevassent alors et se laissent infiltrer, seraient en partie causées, d'après Pinard et Varnier, à la compressiondes artères vésicales par le corps utérin.

Cette infection vésicale aiguë aboutit à la mort presque fatalement, soit par péritonite suraiguë due à la rupture du réservoir vésical et même au simple passage des germes à travers la paroi lésée, soit par urémie due à l'infection rénale ascendante, soit par septicémie.

*b*) *Complications intestinales.*

La compression de l'intestin et l'arrêt des matières de ce chef peuvent être tels que la malade succombe à des phénomènes d'obstruction intestinale.

L'issue fatale peut provenir également d'une

péritonite consécutive à une rupture par distension, avec gangrène de la paroi intestinale (Treub).

c) *Du côté de l'utérus*, il peut se passer deux choses :

1° L'œuf comprimé en le petit bassin, écrasé à travers la paroi utérine par la vessie distendue par l'intestin encombré de matières fécales, mal nourri, malmené, se rompt ; la malade avorte.

Evidemment c'est une issue relativement heureuse, car une fois l'œuf expulsé, l'obstacle ayant disparu, l'évacuation des urines et des fèces pourra redevenir normale.

Cependant l'avortement dans ces conditions est tout de même une choes grave, car la malade est dans les meilleures conditions pour faire de l'infection puerpérale, sans compter que l'avortement sera souvent en ce cas suivi d'une hémorragie très grave et très difficile à juguler.

C'est ainsi que la statistique de Charles de Liège (26) comporte 20 morts sur 47 cas d'avortements dans ces conditions.

2° Plus sombre sera encore le pronostic au cas où la paroi utérine se sphacèlera ou se rompra pour laisser passer le fœtus ; dans cette occurence la péritonite mortelle est la règle.

*d*) *Etat général.*

Pendant toute la période qui précède les compli-

cations graves dues à l'enclavement, il y a la plupart du temps peu de réaction générale.

On ne relève à côté de la douleur qui varie essentiellement suivant les sujets, que des troubles gastriques, en particulier de l'anorexie et surtout des vomissements qui peuvent même devenir incoercibles.

C'est ainsi que Clerc (29) dans sa thèse, rapporte une observation de Guinard, où une femme atteinte de vomissements incoercibles et chez laquelle on diagnostiqua une rétroversion de l'utérus gravide, vit ses vomissements disparaître aussitôt après la réduction de son utéro-déviation.

Puis apparaît une période fébrile avec pouls rapide, due probablement à une réaction péritonéale.

Enfin quand les grandes complications éclatent, l'état général est celui qui accompagne au commencement soit les péritonites suraiguës, soit les septicémies, soit les accidents urémiques.

### 4° Diagnostic.

Lorsque chez une femme qui a des raisons pour se croire enceinte on observe les symptômes que nous venons d'énumérer, il est en général aisé de faire le diagnostic de l'affection.

Cependant si un des symptômes, à l'exclusion des autres, attire tout particulièrement l'attention, on pourra être tenté de porter un autre diagnostic

ou tout au moins, il pourra se faire que l'on hésite entre plusieurs diagnostics probables.

*a) Diagnostic de la grossesse.*

La première notion à posséder est celle de grossesse. Le diagnostic sera généralement aisé en se basant comme d'habitude sur :

La suspension des règles ;

L'augmentation des seins ;

La pigmentation des areoles, de la ligne blanche ;

Le ramollissement du col ;

La présence du souffle utérin.

Cependant si ces signes signifient la plupart du temps grossesse, ce ne sont malgré tout que des signes de probabilité et qui peuvent induire en erreur.

De plus, il faut ajouter que certaines circonstances (comme l'allaitement d'un enfant précédent) peuvent masquer un certain nombre de ces signes.

Or, à l'époque où apparaissent généralement les accidents, 3 mois 1/2, 4 mois, les signes de certitude font encore défaut.

*b) Diagnostic de la rétention d'urine.*

La volumineuse tumeur que peut former la vessie distendue par l'urine peut en imposer pour autre chose.

A un examen superficiel, il est vrai, on pourra croire à un utérus gravide et parfois à une grossesse

gémellaire et surtout à une grossesse compliquée d'hydramnios.

Ce qui pourrait contribuer à égarer, c'est que la vessie distendue peut présenter sous la main qui palpe des changements de consistance, elle peut durcir sous les doigts comme l'a signalé Tarnier (135).

De plus il peut se faire (et le cas a été signalé par Lacroix (32) que lorsque l'on touche une femme dans ces conditions, une certaine quantité d'urine s'échappe avec force, faisant penser à une rupture prématurée des membranes. La fausse incontinence par regorgement pourrait induire dans la même erreur.

Dans ce cas l'absence de col ferait croire alors à une dilatation complète et la tumeur vaginale formée par l'utérus serait prise pour la présentation.

C'est ainsi que l'on trouve dans la thèse de Lacroix une observation de Schmitte de Vienne, dans laquelle la tumeur formée par l'utérus rétrodévié a été pris pour la tête du fœtus.

Cependant, en fatiguant le palper méthodique de cette tumeur on ne constatera jamais ce signe très important de grossesse : le ballottement fœtal.

La vessie distendue pourra aussi être confondue avec de l'ascite, mais il serait aisé, en ce cas, de constater le déplacement facile du liquide vers les points déclives, l'aspect étalé de l'abdomen et de

remonter à l'origine hépatique, rénale ou cardiaque de la lésion.

Enfin la tumeur vésicale pourra être prise pour un kyste de l'ovaire et réciproquement, du reste il faut se souvenir que le kyste de l'ovaire peut coexister avec la déviation et même en être la cause.

Si l'on commettait cette erreur de confondre la vessie distendue avec un kyste, on pourrait même songer à la torsion du pédicule pour expliquer les douleurs qui accompagnent l'enclavement de l'utérus.

Toutes possibilités d'erreurs sont levées si l'on pratique systématiquement le cathétérisme de la vessie qui, il faut bien le dire, présente souvent, dans ce cas, certaines difficultés.

*c*) L'arrêt des matières dû à la compression du rectum par le fond de l'utérus peut donner lieu à des phénomènes d'obstruction qui peuvent dominer la scène et être une cause d'erreur.

Cependant il suffira souvent de passer en revue les causes d'obstruction pour les éliminer.

La visite des anneaux permettra de mettre de côté la hernie étranglée comme cause de la rétention.

Le cancer du rectum se développe lentement chez des gens d'un certain âge, il y a des antécédents de melœna, l'état général est profondément atteint. (Le toucher rectal lèvera tous les doutes).

*d*) Si ces signes de rétention d'urine et de matières peuvent induire en erreur et être confondues avec d'autres affections, ils peuvent aussi manquer complètement, il ne restera alors pour faire le diagnostic que les renseignements fournis par le toucher, et en particulier la présence d'une tumeur dans le cul de sac postérieur.

L'identification de cette tumeur n'est pas toujours facile, et les cas ne sont pas rares où elle en imposa pour autre chose que le corps utérin gravide.

C'est ainsi que l'on pourra penser à un *fibrome*, de la paroi postérieure de l'utérus, on n'observera pas dans ce cas de signe de grossesse, mais fréquemment des hémorragies, la consistance du fibrome est plus dure que celle d'un utérus gravide, souvent la tumeur est moins régulière. Mais le diagnostic se compliquera s'il s'agit d'un fibrome postérieur compliquant une grossesse.

Il y aura dans ce cas des phénomènes sympathiques de grossesse et de plus le fibrome participant au ramollissement de l'utérus, la consistance de celui-ci se rapprochera de celle de l'utérus lui-même.

Un *kyste de l'ovaire* dans le Douglas pourra aussi en imposer pour un utérus gravide rétroversé, il pourra y avoir confusion également avec une *collection purulente* d'origine annexuelle, mais alors les antécédents, l'état général, la température permettra de porter le diagnostic.

Mais c'est surtout avec une *grossesse extra-utérine* dans le cul de sac de Douglas que l'on pourra faire erreur.

Dans ce cas, comme le font remarquer Ribemont, Dessaigne et Lépage (120) « *Suppression des règles, signes fonctionnels de la grossesse, douleurs abdominales, troubles de la miction et de la défécation, etc., etc., autant de symptômes communs.*»

Il n'est pas jusqu'à la rétroversion à début brusque qui ne puisse être confondue avec un kyste fœtal venant de se rompre.

Mais dans ce cas, *l'hématocèle* qui en résultera donnera le plus souvent la sensation d'une masse pâteuse, sera rarement absolument médiane, sera plus diffuse que le corps utérin.

Malgré tout, l'erreur est classique et peut être le point de départ d'intervertion fâcheuse.

C'est ainsi qu'Asterblum (4) fit une hystérotomie vaginale croyant faire une colpotomie dans un cas analogue.

Dans tous ces cas, il est toujours possible par un examen approfondi, sous chloroforme même si la douleur est trop vive, de délimiter le corps utérin qui est alors repoussé en avant par la tumeur retro-utérine.

### 5° Pronostic.

Le pronostic de la rétroversion de l'utérus gravide est essentiellement variable selon l'époque

de la gravidité et les moyens employés pour la réduction de la déviation.

*a*) Dans les dix premières semaines, le pronostic est indifférent, car à cette époque l'utérus se redresse souvent spontanément.

*b*) Plus tard, lorsque les phénomènes de compression existent manifestement, si la réduction spontanée ne s'effectue pas, alors il est temps d'intervenir et nous verrons par quels moyens.

*c*) Si non ou bien la malade avorte, et nous avons vu que l'avortement en ce cas est une chose grave, « 20 *morts sur* 47, Charles de Liège » ou bien elle s'achemine fatalement vers la mort, et cette mort est causée soit par l'urémie, soit par les accidents vésicaux ou intestinaux, soit par la septicémie.

C'est ainsi que Gottschalk (60) réunit 67 cas suivis de mort,

| | | | |
|---|---|---|---|
| dont | 16 | par | urémie, |
| » | 4 | » | septicémie vésicale, |
| » | 3 | » | gangrène vessie, |
| » | 3 | » | rupture vessie, |
| » | 12 | » | péritonite d'origine vésicale, |
| » | 3 | » | pyohémie, |
| » | 2 | » | rupture intestinale, |
| » | 1 | » | gangrène, |
| » | 3 | » | ilens, |
| » | 4 | » | causes inconnues. |

## CHAPITRE III

## Traitement

Lorsque l'on a porté le diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide et que la grossesse ne date que de quelques semaines, l'incarcération n'est pas imminente, et il est préférable de se borner à attendre. La plupart du temps, l'utérus se dégagera spontanément de l'excavation.

Et si Harlay (66) dans sa thèse ne signale que 36 cas de réduction spontanée sur 193, il est forcément au-dessous de la réalité, car les cas analogues passent le plus souvent inaperçus.

Cependant, il est de toute nécessité d'exercer une surveillance vigilante de façon à intervenir aux premiers symptômes inquiétants.

On pourra aider à la réduction spontanée de l'utérus par certaines pratiques hygiéniques.

C'est ainsi qu'il sera bon de veiller à l'*évavacuation régulière de l'intestin et de la vessie.*

De plus, on pourra recommander à la malade de recourir au décubitus ventral pendant son sommeil et même de pratiquer systématiquement,

matin et soir, des séances de position genu-pectorale.

Mais lorsque l'âge de la grossesse approche de 3 mois 1/2, 4 mois et que l'utérus ne se réduit pas spontanément, il ne faut pas attendre que les phénomènes d'enclavement apparaissent et il faut intervenir activement.

Enfin, si l'on se trouve la première fois auprès d'une malade qui présente déjà des symptômes de compressions, douleurs, rétention d'urine et de matières, il faut pratiquer sans tarder la réduction de la déviation et pour cela mettre en œuvre successivement les différents procédés dont l'on dispose actuellement.

### 1° Cathétérisme de la vessie.

La première indication, et pour cela tous les auteurs sont d'accord, c'est l'évacuation de la vessie. Et cette évacuation aura pour résultats heureux :

D'abord de permettre d'asseoir définitivement le diagnostic, puis si celui-ci est positif :

*a*) De lever un obstacle qui pourrait s'opposer à la réduction.

*b*) De diminuer les souffrances de la malade.

*c*) De prévenir les complications sceptiques ou de rupture de la vessie.

Dans les cas les plus heureux, mais il est vrai dans des cas où l'enclavement était bien peu pro-

noncé, on a signalé la guérison de la déviation à la suite du seul cathétérisme.

C'est ainsi que Ramsbotham (*Médical Times and gazette* 1852), rapporte 8 cas de redressement naturel après que la vessie eût été vidée régulièrement. Champion (*Murat Dict. en* 60 *vol.*), rapporte 5 faits analogues. Croft (*London Méd. journal V. XI*) deux. Martin, de Berlin, quatre (*Zeitsch. f. gebur u. Franenk*, 1875).

Hardouin (65), dans sa thèse, rapporte avoir constaté que sur huit cas de rétroversion de l'utérus gravide avec rétention d'urine, cinq fois le seul cathétérisme permit la réduction spontanée de l'utérus.

Ce sont des cas analogues mal interprétés qui firent que certains auteurs comme Deumann, Burns (20), Merremann, Smellie, crurent que la distension vésicale était la seule cause du mal, et considéraient le cathétérisme comme la seule indication opératoire.

*Difficultés du cathétérisme.*

Le cathétérisme de la vessie présentera parfois certaines difficultés.

*a*) On aura quelquefois un peu de peine de découvrir le méat urinaire, car la paroi antérieure du vagin fortement attirée en haut entraîne avec elle le méat urinaire ; il faudra alors faire largement ouvrir la vulve et chercher le méat derrière la symphyse.

*b*) Il faut se souvenir aussi que l'urètre étant étiré présente une longueur anormale. Aussi, souvent on ne pourra pratiquer le cathétérisme avec une sonde métallique de femme. Du reste, on devra éviter de se servir de cet instrument qui, étant rigide, pourrait en cas de coudure de l'urètre occasionner des lésions.

La sonde la plus commode en l'occurence est celle en caoutchouc rouge de Nelaton dûment stérilisée évidemment.

*c*) Parfois aussi le col utérin écrasant l'urètre contre la symphyse se trouve être un obstacle au cathétérisme, et certains auteurs ont alors préconisé d'introduire 2 doigts dans le vagin et de repousser ainsi le col utérin en arrière.

Quoiqu'il en soit, il faudra veiller à ce que l'évacuation de la vessie, si celle-ci est très distendue, se fasse très lentement, de façon à éviter une hémorragie vésicale. Accident qui fut signalé plusieurs fois dans les cas de décompression de la vessie trop brusque (Martin et Brée) (93).

Enfin, si par extraordinaire, le cathétérisme ne pouvait être pratiqué, on recourrerait à la ponction capillaire de la vessie qui est une opération relativement bénigne, en s'entourant de précautions d'aseptie.

La nécessité d'une telle pratique avait été indiquée à une époque déjà lointaine et certainement préaseptique par Lacroix (*Thèse agrégation* 1844) :

« faites une ponction à la vessie avec un trois-quarts, les inconvénients d'une ponction s'effacent devant la gravité des accidents qu'elle peut prévenir. »

*Quantité.*

La quantité des urines retirées par cathétérisme est essentiellement variable, mais peut atteindre des proportions considérables, et, s'il est fréquent de retirer un litre d'urine environ, des cas sont signalés où la quantité d'urines atteignait jusqu'à plusieurs litres.

*Caractères de l'urine.*

Limpide et sans odeur fétide au début des accidents, l'urine devient louche au bout d'un certain temps, parfois hématique, puis quand les accidents septiques graves apparaissent, on peut la voir sanieuse, puriforme, fétide, tenant en suspension des fragmennts de muqueuse sphacélée.

2° L'évacuation de l'intestin sera aussi un adjuvant utile et sera pratiqué comme d'habitude, soit au moyen d'irrigations intestinales, voire même avec une sonde à double courant, soit en s'adressant aux purgatifs. Toutefois, il faudra écarter soigneusement les purgatifs drastiques, comme l'aloès par exemple, étant donné leur action congestive tout particulièrement sur les organes pelviens, et les coliques qu'ils provoquent

qui viendraient se surajouter fâcheusement aux douleurs de l'enclavement et pourrait contribuer à amener une interruption de la grossesse.

*Réduction de l'utérus.*

Ces préliminaires accomplis, on procédera alors à la réduction de l'utérus et pour cela on aura recours tout d'abord aux *procédés de réduction manuels.*

*Positions.* — Si nous passons en revue les nombreuses positions que différents auteurs ont préconisées : Nous relevons.

*a*) Position à l'anglaise, sur le côté, préconisé par Schmitt de Vienne, Chailly.

*b*) Position genu-pectorale indiquée d'abord par Joulin qui, en permettant à l'air de pénétrer dans le vagin faciliterait la bascule de l'utérus en avant.

*c*) Position décrite par Godefroy qui consiste à placer la patiente la tête en bas par terre, les cuisses et les jambes seules reposant sur le bord du lit.

*d*) Le décubitus dorsal, le siège soulevé et les membres inférieurs en flexion sur l'abdomen : position obstétricale qui semble la plus pratique et c'est celle qui réunit la majorité des suffrages.

Quant aux manœuvres de réduction manuelles proprement dites, elles peuvent se pratiquer par deux voies, la voie vaginale ou la voie rectale ;

elles seront souvent très facilitées par l'anesthésie chloroformique.

*Les manœuvres par la voie vaginale* ont été décrites selon les auteurs de différentes façons et chacun d'entre eux conseille un procédé particulier. Moreau décrit un procédé dans lequel on introduit deux doigts dans le vagin, dont un accroche le col et l'autre repousse le corps (?)

Baudelocque, Noégelé, Boyer se servent de plusieurs doigts avec lesquels ils repoussent le corps utérin de bas en haut et d'arrière en avant.

En 1859, Negrier (102) emploie non plus les doigts mais le poing fermé : après avoir introduit la main il la ferme et la renverse en supination, puis appuyant le coude fortement sur le lit, il repousse l'utérus avec lenteur, persévérance et force.

Vignard (143), en 67, décrit un procédé de réduction qu'il dénomme, Sacro sous-pubien.

« La main gauche solidement appuyée sur le pubis, nous introduisons les quatre doigts de la main droite réunis et graissés dans le vagin, nous relevons fortement, mais avec une grande lenteur, l'utérus dont nous dégageons ainsi la partie antérieure, puis glissant nos doigts dans la direction de l'angle sacro-vertébral, en maintenant le bord radial le plus près possible de l'arcade pubienne, nous parvenons facilement à refouler la partie postérieure et gauche, puis tout le fond de l'uté-

rus au-delà du diamètre sacro-sous-pubien. Alors la tumeur élevée tout entière au-dessus du détroit supérieur bascule naturellement et la réduction est obtenue. »

Capuron recommande, lorsque l'on repousse le fond de l'utérus, de le diriger toujours dans un des diamètres obliques du bassin afin de lui faire franchir le détroit supérieur en évitant la saillie du promontoire.

Le professeur Bar (7) dans une clinique qu'il consacra l'an dernier à ce sujet, décrit ainsi sa technique :

« La malade étant couchée sur le dos, deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin repoussent en avant le corps de l'utérus et essayent de le ramener vers la symphyse ; au cours de cette manœuvre il arrive parfois que l'utérus, après avoir obéi tout d'abord au doigt qui le pousse, cesse de se redresser avant que la réduction soit complète ; c'est que le fond de l'organe est venu buter contre le promontoire, il suffit pour vaincre la difficulté d'incliner un peu l'utérus à droite ou à gauche.

Si ces tentatives demeurent infructueuses on saisit avec une pince tire-balles la lèvre antérieure du col et on exerce sur elle des tractions plus ou moins fortes, pendant qu'au fond du cul-de-sac postérieur deux doigts de la main restée libre refoulent l'utérus en avant. »

Quoiqu'il en soit il est assez difficile de fixer une règle immuable, mais il faudra se souvenir que ces manœuvres, pour être inoffensives, ne doivent jamais être brutales, et que dès que la résistance offerte par l'utérus sera trop grande, il faut abandonner ces manœuvres pour recourir à un traitement plus rationnel et moins dangereux.

*Les manœuvres par la voie rectale,* qui furent préconisées par Amussat qui se servait de deux doigts, par Dussaussoy, de Lyon, qui n'hésitait pas à introduire dans le rectum toute la main, et par Parent qui, pour se donner de la commodité allait jusqu'à inciser le sphincter-anal, sont somme toute assez peu recommandables.

Elles sont pénibles pour la patiente qu'elles exposent à de l'incontinence des matières pendant quelque temps ; elles sont peu commodes pour l'opérateur qui est moins à l'aise que par la voie vaginale.

Enfin, quelques auteurs ont associé les deux procédés, c'est ainsi que Grégoire, de Paris, introduit deux doigts en anus pour repousser le fond de l'utérus et deux doigts dans le vagin pour abaisser le col.

En cas d'échec de la réduction manuelle les accoucheurs, pendant longtemps, se sont ingéniés à inventer des *procédés instrumentaux* les plus variés :

*a*) Les uns sont seulement dangereux, car ils

servent à déployer une force qui ne peut se mesurer, ce sont les procédés qui emploient les instruments du genre de la baguette d'Evrat, du levier obstétrical de Bleynie, de la spatule-levier d'Antoine Petit, du Gorgeret de Rœderer ; ils n'ont plus qu'un intérêt historique et ils sont à juste titre laissés dans l'oubli, car leur emploi ne pouvait être que désastreux.

*b*) D'autres sont purement curieux, comme celui de Massart, de Honfleur, qui réussit, paraît-il, à réduire un utérus rétro dévié en appliquant sur le ventre de sa malade une vaste ventouse formée par un vase de nuit.

*c*) Les derniers enfin qui sont peu brutaux, peuvent être retenus jusqu'à un certain point, mais ils ne peuvent agir que lentement, ils échouent souvent là où ont échoué les tentatives manuelles et peuvent faire perdre un temps précieux, il ne faudra donc pas s'attarder à leur emploi.

Ce sont ces procédés qui emploient des sacs de caoutchouc, des ballons à air, ballons de Petersen, de Barnes, de Tarnier, de Champetier, de Ribes, de Braün, que l'on gonfle d'air ou d'eau après leur introduction soit dans le vagin, soit plutôt dans le rectum.

Le professeur Bar préconise dans le cas d'échecs des manœuvres manuelles, la pose d'un pessaire de Gariel, que l'on gonfle.

C'est également un procédé analogue que celui

employé par les Allemands, le Colpeurynter de Funke.

Si la réduction est obtenue par un de ces procédés, nombre d'auteurs conseillent de maintenir la réduction au moyen d'un pessaire (de Thomas, de Sens, de Dumontpallier). C'était l'avis de Baudelocque, de Schultze et de bien d'autres. Mais Tarnier y est nettement opposé, il prétend que le pessaire peut déterminer de l'irritation et provoquer des contractions utérines et même l'avortement. Il conseille plutôt le repos, même au lit.

Le professeur Bar utilise cependant volontiers le pessaire de Sims, qu'il a fait construire en étain (métal malléable) et dont l'arc postérieur est plus large que l'antérieur.

*Avortement provoqué :*

Pendant longtemps et jusqu'à une époque encore peu éloignée, lorsque les différentes tentatives de réduction manuelles ou instrumentales avaient échouées, il ne restait plus, si l'on voulait ne pas laisser périr la femme, qu'à recourir à l'avortement provoqué.

Et ce résultat était obtenu par la ponction de l'œuf, soit à travers le col, ou si celui-ci était inaccessible, à travers la paroi utérine avec un trocart. C'était la façon de penser et d'agir de Baudelocque, de Boivin, de Dugès, de Hunter, de Barnes, de Bernutz, de Soyre.

C'est également la conduite à tenir indiquée dans les traités de Joulin, 1867 ;

de Noégelé et Grenser, 1869 ;

de Playfair, 1879 ;

de Cazeaux, de Charpentier, 1883 ;

de Auvard, 1891 ;

de Ribemont-Dessaigne et Lepage, 5me édit., 1900.

Cependant (devant cette triste obligation de provoquer l'avortement en cas d'échec de réduction, avortement qui n'allait pas sans faire courir des risques sérieux à la mère) certains auteurs se sont demandés si l'on ne pouvait pas, par une intervention rationnelle, se tirer de ce mauvais pas. Et c'est ainsi que s'est posée (bien timidement il est vrai tout d'abord) l'indication de la *laparotomie*, à une époque où elle était presque impossible ; puis peu à peu, d'une façon plus précise, à fur et à mesure que des observations de cas heureux ainsi traités furent publiées.

A l'heure actuelle, il semble bien que l'avortement provoqué ne reste plus que comme un pis aller, lorsque l'état général de la malade s'oppose à une intervention ou que la malade refuse catégoriquement toute opération chirurgicale.

Au contraire on peut poser en principe, et la majorité des auteurs contemporains sont d'accord sur ce point, que dans les cas de rétroversion irréductibles on peut et on doit tenter de sauver

l'enfant en même temps que la mère en pratiquant la laparotomie, puisque les risques n'augmentent pas pour celle-ci du fait de l'intervention.

## Laparotomie

### Historique

C'est Callisen qui le premier, en 1822, proposa la gastrotomie qui sauverait la mère en rendant possible la continuation de la grossesse. Mais à cette époque la laparotomie était presque impraticable et la mortalité était grande parmi les opérées, aussi cette proposition de Callisen fut rejetée par la totalité des auteurs à cette époque, et Boivin, Dugès, Stolz ne l'admettent que dans les cas désespérés. Pendant longtemps la possibilité de cette intervention n'est même pas envisagée par les différents auteurs. En 1883 Depaul, dans ses cliniques, aborde la question mais pour la rejeter : « Je repousse absolument les opérations sanglantes, gastrotomie, césarienne, je serais moins réservé pour l'avortement provoqué qui reste comme ressource extrême. »

En 1886, on trouve pour la première fois une proposition nette de laparotomie dans le travail de Pinard et Varnier (110) qui, se basant sur l'existence d'adhérences, préconisent l'intervention « comme permettant seule de se rendre compte de

visu de l'obstacle à la réduction et de le faire disparaître. » Ils ajoutent cependant : « elle sera, il est vrai, un moyen ultime de traitement, mais s'imposera dès que la réduction manuelle ayant échoué les urines perdront leur caractère normal, qu'on aura à redouter la cystite et ses complications et qu'apparaîtront les phénomènes graves d'enclavement.

En 1889, Marcel Baudouin (12) dans sa thèse si consciencieuse, aborde cette question de la laparotomie suivie même d'hysteropexie dans le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide. Il n'ose heurter de front les deux axiomes fondamentaux et classiques de la chirurgie gynécologique d'alors.

1° « On ne doit jamais faire d'opération sur les femmes enceintes que dans les cas d'urgence absolue, en raison de la facilité de l'infection dans l'état puerpéral.

2° « Il est toujours dangereux de toucher à un utérus gravide, sous peine d'avoir à combattre une hémorragie considérable ou de déterminer un avortement presque fatalement. »

Et c'est presque en s'excusant qu'il se demande : « pourquoi dans les cas très graves, désespérés de rétroversion de l'utérus gravide, on n'interviendrait pas par la laparotomie pour redresser l'utérus et le fixer légèrement, si besoin était, à la paroi abdominale soit par fixation directe, soit par

fixation des annexes ? » et il ajoute : « nous nous demandons encore comment il se fait qu'on y ait point songé. Nous sommes convaincus qu'on aurait des succès en intervenant ainsi dès que l'impuissance des moyens de douceur aurait été constatée d'une façon formelle. »

En 1898, Labadie-Lagrave et Legueu (80) expriment ainsi à ce sujet dans leur traité d'accouchement : « Les indications de la laparotomie sont absolument exceptionnelles, on ne devrait la tenter qu'en présence d'accidents graves d'étranglements, ou alors que la rétroflexion est impossible à réduire. La laparotomie sera suivie de la libération des adhérences, de la réduction et de la fixation à la paroi. »

C'est vers cette époque que Jacobs (72) publia onze observations personnelles dans lesquelles il pratiqua avec succès la laparotomie pour utérus gravide rétrodévié.

Ces observations sont citées dans la thèse de Harlay, 1899 (66) qui trouve que le chirurgien belge a peut-être été trop porté à l'intervention. Il semble n'admettre l'intervention qu'en cas d'adhérences serrées.

Dans sa thèse inspirée par Guinard, Clerc (29) en 1900, préconise nettement la laparotomie dans le cas de rétroversion irréductible.

Le Professeur Pinard (111) en 1900, présente à l'Académie de médecine deux observations de

Mouchet de Sens (98) dans lesquelles il relatait qu'il avait pratiqué deux fois la laparotomie pour utérus gravide rétrofléchi et que, dans les deux cas, la grossesse évolua normalement après l'intervention. A ce propos, le Professeur Pinard félicite l'opérateur d'avoir pratiqué la laparotomie sans trop tarder, et ensuite comparant les deux lignes de conduite, interruption de la grossesse ou laparotomie, il dit : « L'avortement provoqué me paraît devoir être absolument proscrit, car non seulement il tue fatalement le fœtus, mais encore fait courir à la mère les plus grands dangers ; la seule intervention rationnelle pouvant et devant être tentée était la laparotomie, car seule elle pouvait permettre de lever l'obstacle en cas d'adhérences, d'enlever la tumeur et, en tout cas, d'agir directement avec la main sur l'organe gestateur. »

Demelin, dans son traité d'obstétrique d'urgence de 1900, signale que « Quand l'utérus gravide rétrofléchi est incarcéré dans le petit bassin, quand il détermine des accidents et qu'il ne peut être réduit par des moyens simples, on a tendance aujourd'hui à ouvrir le ventre et à réduire la déviation par cette voie. »

Doleris, (41) à plusieurs reprises, publie dans la Gynécologie de 1901-1902, quelques observations où il est intervenu par la voie abdominale pour réduire un utérus gravide rétrofléchi ; il se montre très partisan de cette intervention, mais il est

d'avis de la compléter soit par un raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, soit mieux par une ligamentopexie par transfixion des muscles droits.

Ribemont, Dessaigne et Lepage dans leur *Précis d'Obstétrique* (6e édition 1910), expriment un avis analogue et ils avancent que « lorsque la rétroversion est impossible à réduire soit par suite du volume considérable de l'utérus, soit en raison des adhérences, il faut pratiquer la laparotomie pour se rendre compte de l'obstacle, pour sectionner les adhérences. Ce n'est que devant le refus formel de la femme de se soumettre à une laparotomie, qu'on pourrait être amené à provoquer l'avortement qui est souvent une opération délicate en pareil cas. »

L'article que Wallisch consacre à ce sujet dans ces éléments d'obstétrique (1910) reflète la même idée, quoique avec un peu moins de fermeté. « Si par exception, après les moyens de réduction habituels, la rétroversion persistait et si des accidents de cystite paraissaient prendre une allure inquiétante, il y aurait lieu de discuter l'opportunité d'une laparotomie pour libérer directement l'utérus de ses adhérences. »

Rudeaux, dans un article de la Clinique 1910 est partisan de la laparotomie, mais il semble la réserver plutôt aux cas compliqués « d'adhérences soit de l'utérus aux parois du petit bassin et aux

organes voisins, soit surtout des organes placés directement au-dessus de l'utérus. »

Treub, dans le Traité d'Obstétrique de Bar, Brindeau et Chambrelent semblent également faire de la présence d'adhérences la seule indication de la laparotomie.

Le Professeur Bar, dans un article paru en mars 1910, rejette l'avortement provoqué et, au contraire, prétend que « la laparotomie est aujourd'hui l'opération de choix, on rompt les adhérences et l'utérus est ramené en position normale. Les indications précises de la laparotomie sont le seul point délicat à établir, en pratique on peut admettre qu'il est légitime d'y recourir toutes les fois qu'à trois mois et demi un utérus gravide rétroversé a résisté à tous les moyens ordinaires de réduction. »

Le Docteur René Labusquière (81), faisant allusion à des observations publiées en Allemagne (*in Annales Gynécologie août* 1910), conclut que les douleurs causées par la rétroflexion fixe de l'utérus gravide sont une indication nette de la laparotomie, et il ajoute : l'échec possible de l'acte chirurgical sous le rapport de la conservation de la grossesse, ne saurait constituer une objection décisive contre son exécution. »

Enfin le Professeur Vignard, (144) à l'occasion de trois observations personnelles fait, en novembre 1910, dans la *Gazette Médicale de Nantes*, un plaidoyer en faveur de la laparotomie qu'il ne réserve

pas seulement aux cas compliqués d'adhérences et qu'il conseille de faire suivre d'un raccourcissement intrapéritonéale des ligaments ronds ou d'une ligamentopexie par le procédé de Doleris.

**A l'étranger**, cette ligne de conduite, parfois discutée, rencontra cependant un assez grand nombre de partisans.

C'est ainsi qu'en Amérique Mann, Malcom Mac Lean, Fry, Lapton Smith, publient dans le *Gynœkological transaction de New-York*, pendant ces dernières années, des observations de laparotomies pour utérus gravide rétroversé, suivies de succès.

En Allemagne, lorsque Küstner (79) présentant une observation devant la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Leipsig se montra partisan d'une intervention précoce (les accidents d'incarcération pouvant se produire subitement ou s'aggraver très vite à un degré redoutable), il ne rencontra pas une approbation unanime.

La Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Berlin ne se montra pas du reste plus enthousiaste pour cette technique.

Cependant l'opinion de Küstner fut défendue successivement par Schlichting, Littauer, Wertheim, Thorn (*cités par Cristofoletti et Henkel*). Frankestein, Maiss, Brose, Cristofoletti eurent recours à la laparotomie et n'eurent qu'à s'en louer (*Observations*).

Henkel de Griefswald également rapporte un cas personnel (*Observation* 30) et ajoute que ce procédé mérite d'être pris en considération plus qu'il ne semble l'être, et que l'on doit éviter à tout prix l'interruption de la grossesse et, avant tout, ne jamais déployer de force pour réduire l'utérus rétrofléchi.

L'opération du reste, dit-il, ne fait courir aucun risque à la patiente.

Plus récemment encore, Ernst Puppel (116) de Mayence publie, en janvier 1910, une observation (31) et il prétend se rallier à tout point de vue l'idée de Küstner, car la laparotomie est de beaucoup préférable à tout autre intervention et il conseille d'y recourir après quelques essais très prudents de réduction manuelle.

B. — Indications, Avantages, Résultats.

*a) Indications.*

Si beaucoup d'auteurs, à l'heure actuelle, admettent la légitimité de la laparotomie dans certains cas de rétroversion de l'utérus gravide, ils sont, en général, assez peu explicites sur les indications de l'intervention.

Cependant, la plupart semblent considérer comme condition *sine qua non* la présence d'adhérences qui, seules, justifieraient la laparotomie, celle-ci ayant pour but unique de libérer l'utérus de ces adhérences.

Certes, dans certains cas où la rétroversion serait rendue irréductible par des brides adhérentielles, la laparotomie seule pourait lever l'obstacle, mais ce qui est difficile à déterminer, sinon impossible, c'est la présence même d'adhérences suffisamment serrées pour s'opposer à la réduction.

Aussi on ne peut faire de cette lésion une indication à l'intervention.

On aura, comme seule base d'appréciation, l'impossibilité de la réduction par les manœuvres manuelles ou instrumentales pratiquées avec douceur et l'on peut émettre ce principe :

*Lorsque l'on se trouvera en présence d'un utérus gravide de trois mois et demi environ, en rétroversion, lorsqu'après avoir évacué la vessie et l'intestin, qu'après avoir employé les manœuvres de réduction manuelle pratiquées sans violence, la rétroversion persiste, on est en droit d'intervenir par la laparotomie et cela sans attendre les accidents graves.*

Il faut envisager le cas où n'ayant pas suivi la malade, étant mal renseigné, certains symptômes faisant défaut alors que, au contraire, d'autres prennent une importance exagérée, le diagnostic est hésitant.

Risquera-t-on alors de pratiquer des pressions exagérées dans un but de réduction sur une collection pelvienne sanguine ou purulente ?

Fera-t-on une colpotomie en risquant de tomber sur un utérus gravide rétrofléchi ?

*Lorsqu'il y aura le moindre doute dans le diagnostic, il est préférable de recourir à la laparotomie, seul procédé qui peut être appliqué dans tous les cas et produire un résultat.*

**Objectera-t-on le traumatisme** causé par l'intervention pouvant déterminer l'interruption de la grossesse ? La question semble jugée à présent et, si l'on considère l'intervention en elle-même, le choc opératoire, en mettant de côté les manœuvres plus ou moins pénibles exercées sur l'utérus pour le redresser, on peut avancer que rarement l'acte chirurgical interrompt la grossesse et que celle-ci n'est pas une contre-indication à intervenir.

C'est ce qui résulte non seulement des observations que nous rapportons plus loin, mais aussi de travaux ayant trait à des interventions variées chez des femmes enceintes.

C'est ainsi que Cocard (30) dans sa thèse sur le traitement des kystes de l'ovaire pendant la grossesse, rapporte 29 observations d'interventions et sur les 29 cas, 3 fois seulement la grossesse ne fut pas menée à terme.

Il cite également Engstrom (47) qui réunit 30 observations de lui même, de Schrœder, de Rein, avec une proportion de 1 avortement sur 10 cas.

Germain (59) dans sa thèse rapporte 26 cas d'intervention pour néphrectomie chez des femmes

enceintes, dont 23 virent leur grossesse évoluer normalement.

Même les interventions portant sur l'utérus ne sont pas une cause fatale d'avortement.

Joubert (74) dans sa thèse « Grossesse et fibrome, indications opératoires », cite 41 cas de fibromes pédiculisés opérés avec un seul avortement.

Les interventions pour fibromes interstitiels provoquent au contraire, il est vrai, l'avortement dans une proportion de 26 %.

Cependant Dayot et Hardouin (35) pratiquèrent une myomectomie pour utérus gravide fibromateux enclavé et la femme accoucha à terme.

A ce sujet, le Professeur Quéirel (117), à propos d'une intervention pour kyste à pédicule tordu chez une femme enceinte, prétend qu'en face des succès obtenus par les interventions chirurgicales qui ont souvent permis à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme, on a le droit et même le devoir d'y recourir.

Le Professeur Guinard (64) au Congrès de Chirurgie de 1893, à propos d'une opération d'un fibrome du ligament large, lors d'une grossesse de 3 mois non interrompue, s'exprime ainsi :

« Les opérations abdominales, même pour les tumeurs du petit bassin attenant à l'utérus, peuvent être faites sans compromettre une grossesse en cours, pourvu que, bien entendu, elles soient pratiquées dans des conditions d'aseptie parfaite. »

Quant au traumatisme utérin lui-même dû aux manœuvres de réduction, le Professeur Vignard juge ainsi la question :

« Que l'on compare la réduction faite à ventre ouvert par la main prudemment introduite entre le sacrum et l'utérus, ou par la traction sur les ligaments ronds ; que l'on compare, dis-je, cette réduction élégante avec les pressions souvent brutales que dissimule la voie vaginale ou rectale. »

Il est un fait à remarquer, en effet, c'est la facilité avec laquelle on peut souvent réduire par l'abdomen, un utérus rétrodévié qui avait résisté à des efforts assez violents exercés de dehors en dedans par le vagin.

C'est peut être un mécanisme un peu analogue à celui qui fait qu'une anse intestinale, herniée irréductible est facilement réintégrée dans l'abdomen, si l'on exerce des tractions sur elle de dedans en dehors par la voie abdominale.

En tout cas, le traumatisme sera seulement considérable dans les cas d'adhérences péri-utérines, l'intervention étant alors longue, difficile, souvent grave. Or, dans ce cas, les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'intervention est indiquée : « le sera-t-elle moins dans les cas bénins où il y a enclavement simple, où les difficultés opératoires sont réduites au minimum, où la durée de l'intervention et, par conséquent de la chloroformisation

ne dépasse pas vingt minutes, une 1/2 heure, où enfin le traumatisme utérin est insignifiant et les chances d'avortement des plus réduites ? » (*Vignard — Gazette Médicale de Nantes*).

*Avantages.*

Le principe de la laparotomie étant admis si l'on considère les observations publiées à ce sujet, on peut reconnaître au procédé les avantages suivants :

1° Dans les cas de rétroversions non adhérentes, choc opératoire insignifiant, chloroformisation de peu de durée, traumatisme utérin réduit au minimum, c'est ce qu'il résulte des observations de Mouchet, de Martin, de Doleris, de Puppel, de Vignard, etc. (Obs. 14, 15, 16, 26, 27, 28, 31, 42, 43, 44).

2° Dans les cas de rétroversions adhérentes, possibilité de libérer facilement l'utérus des brides adhérentielles, ces brides sont parfois si serrées qu'elles opposent une résistance invincible aux tentatives de réduction manuelle.

Dans certaines observations, l'opérateur fut obligé de les sectionner aux ciseaux pour pouvoir libérer l'utérus.

Observations d'Henkel, de Maiss, de Cristofoletti (Obs. 30, 33, 36).

3° Dans les cas où la rétroversion est produite ou tout au moins maintenue par la présence d'une tumeur.

La laparotomie seule pourra permettre de lever l'obstacle en pratiquant l'ablation de la tumeur.

C'est ainsi que Mouchet (Obs. 14) eut l'occasion d'enlever un kyste de l'ovaire qui provoquait l'enclavement d'un utérus gravide. Doleris rapporte un fait analogue (Obs. 26).

Dayot et Hardouin publièrent une observation où l'obstacle était constitué par un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus (Obs. 41).

4° Dans les cas où le diagnostic est hésitant ou erroné.

Par l'ouverture de l'abdomen on peut aisément rectifier ou confirmer son diagnostic et appliquer immédiatement le traitement approprié.

Observations de Schwartz (Obs. 12), de Vignard (Obs. 42), Lerat (45) où le diagnostic probable était celui d'hématocèle.

Observations (23-24) de Fry, où le diagnostic n'avait pas été porté avant l'intervention.

Observation (25) de Lapton Smith, où la tumeur en avait imposé pour un kyste de l'ovaire.

5° Dans les cas rares où, malgré l'intervention, l'avortement se produit quand même. L'avortement est en général bénin (Obs. 45), alors qu'au contraire l'avortement dans un utérus rétrodévié s'accompagne souvent de rétention placentaire, d'hémorragie et il est malaisé de débarrasser l'utérus des débris placentaires et des caillots dans cette situation (Obs. 43, 1re grossesse).

6° Enfin, dans tous les cas on peut (et il est recommandable de le faire) compléter l'intervention et maintenir la réduction en fixant l'utérus dans une position favorable.

Cette façon d'agir rationnelle est admise par nombre d'auteurs et si Maiss s'en montre partisan seulement si la grossesse à moins de 4 mois, si Rudaux considère qu'il est prudent d'agir ainsi, Doleris et Vignard sont plus affirmatifs et préconisent nettement la fixation de l'utérus (*Nous verrons plus loin par quel procédé*).

En effet « une rétroversion réduite a toujours tendance à se reproduire », a dit le Professeur Bar, et cela d'autant plus facilement que la grossesse est peu avancée ou que le bassin est plus large. Aussi certains accoucheurs, après la réduction, préconisent-ils l'emploi de tampons, de pessaires, de ballons à air, mais il est préférable de substituer à ces moyens qui traumatisent le col utérin et suscitent des contractions utérines, une fixation de l'utérus par un raccourcissement des ligaments ronds par exemple.

De plus, si l'on suppose que la rétroversion ne se reproduira plus au cours de la grossesse et que celle-ci arrivera sans encombre à son terme, la malade risque fort après ses couches de subir tous les inconvénients de la rétroversion qui se reproduira presque fatalement après la grossesse.

Car, quoique certains auteurs le prétendent, la

grossesse ne guérit pas la rétroversion, c'en est au contraire une des causes les plus habituelles comme l'a prétendu Doleris.

Figuiera (51) dans sa thèse apporte, du reste, à l'appui de cette opinion, les statistiques de l'asile Ledru-Rollin où l'on reçoit des femmes nouvellement accouchées.

Enfin et surtout, puisque la rétroversion récidive après l'accouchement, la malade est exposée à une nouvelle grossesse, à refaire des accidents dus à l'enclavement de son utérus gravide. « Ce danger est tellement évident que, même si l'opération ne s'est pas imposée au cours de la grossesse, si la réduction s'est faite par les moyens usuels, le médecin ne manquera pas de mettre en garde sa malade contre le retour possible de la rétrodéviation après l'accouchement et sur la nécessité éventuelle d'une intervention à froid, si je puis dire. Et la malade sachant qu'elle court le risque d'être opérée plus tard, hésitera moins à accepter la laparotomie dans les cas où seule cette intervention peut assurer l'évolution normale de la grossesse. » (Vignard).

Toutes ces menaces de récidive pendant la grossesse, après l'accouchement, à l'occasion d'une autre grossesse, disparaîtront par la fixation de l'utérus lors de la laparotomie.

Nous discuterons tout à l'heure sur le procédé à employer de préférence.

Enfin, comme dernier argument en faveur de l'opération complémentaire : si par hasard l'intervention est suivie d'un avortement.

Elle n'aura cependant pas été inutile, mais préviendra le retour de semblables accidents lors d'une grossesse ultérieure et supprimera les inconvénients gynécologiques de la rétroversion.

Enfin, quoiqu'il en soit, l'argument le plus précieux qui plaide en faveur de la laparotomie, en cas de rétroversion difficilement réductible de l'utérus gravide, résulte de l'examen des observations publiées à ce sujet.

*Résultats.*

Or, sur quarante-trois observations publiées en Amérique, en Allemagne et en France, une fois seulement on a noté la mort de la malade (Obs. 21 de Gottschalk) qui peut être attribuée à des phénomènes d'occlusion intestinale.

Quatre fois seulement la grossesse n'a pas évoluée jusqu'à terme.

Une observation de Jacobs (Obs. 10) où l'avortement survenu le surlendemain est peut-être dû à l'intervention.

Une observation de Fry (Obs. 24) où l'avortement se produisit quatre semaines après l'intervention.

Une observation de Guinard (Obs. 13) où l'avortement se produisant cinq mois après l'intervention, celle-ci est hors de cause.

L'observation 45, que nous avons recueillie nous même, où l'intervention a peut-être été pratiquée un peu tard, alors que les symptômes d'avortement étaient déjà assez accusés (*pertes sanguines, température*).

Les trente-neuf autres fois, l'intervention a été suivie de la cessation de tous les accidents et de la continuation de la grossesse jusqu'à terme.

*Contre-indication.*

Il existe peut-être une contre-indication à l'intervention, c'est dans le cas d'accidents septiques graves du côté des voies urinaires ou du péritoine.

Et quoique Küstner soit partisan de la laparotomie, même dans les cas de gangrène vésicale, il est peut-être imprudent de la pratiquer.

En effet, dans ces cas graves, lorsque la vie de la mère est imminément en danger, la vie du fœtus a peu d'intérêt et il est recommandé, dans ce cas, de vider l'utérus et de pratiquer la taille hypogastrique pour drainer la vessie.

C'est l'opinion du Professeur Bar, qui s'exprimait ainsi dans une de ses cliniques :

« En présence d'un enclavement avec complications graves (*urines purulentes, gangrène imminente, accidents péritonéaux*), on se contente aujourd'hui d'assurer le drainage de l'utérus et celui de la vessie. »

## Hystéropexie ou ligamentopexie

Nous avons vu que la plupart des auteurs sont d'accord, et à juste raison, pour préconiser de compléter la laparotomie au cas de rétroversion de l'utérus gravide par une fixation de l'utérus.

Or, où les avis sont partagés, c'est sur le procédé à choisir. Emploiera-t-on la fixation immédiate par l'hystéropexie abdominale ? telle que l'a proposé la première fois Kœberlé en 1869, même avec quelques modifications, ou aura-t-on recours à la fixation immédiate par raccourcissement des ligaments ronds inclus ou non dans la paroi ?

Nous ne craindrons pas, et cela à l'exemple d'un grand nombre de gynécologistes et d'accoucheurs, de déconseiller l'hystéropexie dans ce cas.

### I. — Inconvénients de l'hystéropexie directe.

Tout d'abord, on a prétendu que cette opération était antiphysiologique (Ferry), car elle déplace l'utérus en le mettant en anteversion forcée, et l'immobilisant en cette situation, elle gêne certains organes comme la vessie et s'oppose à l'augmentation de volume de l'utérus.

A côté de cet argument théorique, si nous consultons les statistiques, nous constatons que

l'hystéropexie peut amener des complications durant la grossesse, pendant l'accouchement, au moment de la délivrance; complications qui, pour être encore assez rares, n'en sont pas moins à redouter.

### A. — Complications pendant la grossesse

*a*) *Douleurs.*

On a signalé, en effet, des tiraillements au niveau de la cicatrice, surtout vers le 3e ou 4e mois de la grossesse, des douleurs lombaires et des douleurs diffuses à tout l'abdomen.

Demelin signale cette complication 27 fois sur 127 cas, soit 21 %.

Lucien, dans sa thèse, 11 fois sur 59, soit 17 %.

*b*) *Avortement et accouchement prématuré.*

Küstner, Gottschalk et Schultze considéraient cet accident comme inévitable, ils ont certainement exagéré car, dans les statistiques, il faut tenir compte des autres causes possibles d'avortement dont ne sont pas exemptes les femmes hystéropexiées.

Cependant, il semble bien que cet accident soit à craindre d'après les faits publiés par Küstner, qui trouve une proportion de 17 avortements sur 107 cas.

Dorland, 15 avortements sur 179 cas.

Milander, 9 avortements sur 74 cas.

Villeneuve, 15 pour cent.

Schwartz, 3 avortements sur 10 cas.

Noble, réunit 56 cas publiés en Amérique et 175 en Europe, avec 10 % d'avortement.

Ferry, rapporte 27 cas dont 6 fausses-couches.

Piras, dans sa thèse, donne une moyenne de 10 %.

Demelin, signale 17 % d'interruption de grossesse se basant sur 112 observations.

Lucien, 10 sur 67 cas.

Rivière, 4 fausses-couches sur 17 cas.

Dickinson, 1 cas sur 4.

### B. — Pendant l'accouchement

Demelin, dans son article paru dans l'*Obstétrique*, en septembre 1896, prétend que l'accouchement chez les hystéropéxiées est caractérisé par :

1° L'inertie utérine (9 forceps sur 90 cas) ;

2° La déviation parfois considérable et même irréductible de l'orifice utérin (*cas de Milander, de Olshausen*) ;

3° La dilatation très lente ;

4° Les présentations vicieuses ; et à ce propos, il établit une proportion de 3,1 % de présentations de l'épaule, au lieu de 0, 8 % comme il est normal, et il se base sur les observations de :

Andrews, 10 épaules sur 189 cas.

Villeneuve, 13 épaules, 3 sièges sur 134 cas.

Küstner, 3 épaules sur 98 cas.

Pinard, 4 épaules sur 6 cas.

Thieux, 3 épaules pour cent.

5° Le non engagement de la partie fœtale, dû à la position trop élevée du fœtus.

Oui (107), a signalé aussi comme cause de cette dystocie, ce fait que la paroi antérieure de l'utérus « hypertrophiée, épaissie mais non dilatée, joue le rôle d'un fibrome obstruant en partie le détroit supérieur et s'opposant à l'engagement ».

6° Il faut citer aussi quelques cas de rupture prématurée des membranes avec procidence ;

7° Dans certains cas, l'accouchement fut si pénible, qu'il se produisit une rupture de l'utérus ainsi que le rapporte :

Norris, Dickinson, Broead, Clark, Meuge, Waren, Von Guérard ;

8° Enfin, dans quelques cas rares, l'accouchement fut impossible et l'on eut recours à l'opération césarienne : (Noble 3 cas, Milander 2 cas, Dickinson 2 cas, Charles de Philadelphie 3 cas, Müller, Brose, Oui relève 12 autres cas dans la littérature).

### C. — Au moment de la délivrance

Deux accidents sont à craindre :

La rétention de l'arrière-faix (2 fois sur 56 dans la statistique de Noble).

Les hémorragies de la délivrance : Villeneuve signale cet accident 9 fois sur 100, d'après les cas de : Gottschalk, Bar, Miländer, Audebert, Schütte, Frommel, Piras.

Sperling, Lindsfors, Guérard, Strassmann ont publié des cas analogues.

### D. — Enfin pendant les suites des couches

On a accusé l'hystéropexie d'occasionner des hémorragies secondaires (Chaput) et une régression défectueuse de l'utérus due à la suspension de l'organe.

Doléris relate également un cas d'infection, qu'il attribue à la stagnation des lochies et à la difficulté du lavage par suite de la coudure de l'utérus.

Il est bien certain qu'il faut tenir compte aussi du procédé employé et que « le maximum de chances défavorables, en ce qui concerne l'évolution de la grossesse, paraît appartenir aux cas où l'utérus est fixé solidement par son fond ».

Au contraire, l'hystéropexie isthmique, telle que la pratique Delbet, semble plus inoffensive.

### E. — Danger immédiat de l'hystéropexie pratiquée sur un utérus gravide

*a*) « Ce n'est pas sans danger qu'on passerait des fils à travers une paroi musculaire transformée en une véritable éponge sanguine ». (Doleris).

C'est également l'avis du Docteur Jeannin qui redoute en ce cas un suintement sanguin dont on ne pourrait se rendre maître, surtout si le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus.

*b*) Il faudra tenir compte également du traumatisme utérin et « cette nécessité de jeter une pince sur l'utérus pour l'immobiliser, de traverser sa paroi antérieure de 3 ou 4 fils, portera au maximum les risques d'avortement post-opératoire ». (Jeannin) (73).

*c*) Enfin, parfois la paroi antérieure de l'utérus acquiert une minceur telle, qu'il se pourrait qu'on la traverse avec l'aiguille et que l'on perfore ainsi l'œuf.

**F.** — Enfin, comme dernier argument contre l'hystéropexie à pratiquer pendant la grossesse, c'est que nombre d'auteurs ont cité des cas de récidives de la rétroversion du fait même de la grossesse, chez des hystéropexiées.

(Grandin, Jacobs, Dickinson, Gottschalk, Olshausen, Demelin, Villeneuve).

Dans sa thèse, Ferry (49), sur 101 hystéropexies note 8 insuccès, ce qui est une assez forte proportion.

Sans vouloir attacher une importance exagérée ni aux statistiques, ni aux arguments théoriques au point de vue des « désastres » de l'hystéropexie pendant la grossesse et l'accouchement, il n'en résulte pas moins qu'il y ait lieu de faire de grosses

réserves sur les conséquences de cette opération, et ces réserves seules nous semblent suffisantes pour la repousser.

Et cela, d'autant plus facilement qu'il est facile d'y suppléer par une intervention aussi simple, aussi rapide, qui se montre plus bénigne et qui répond à toutes les indications : *le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds.*

## II. — Avantages du raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds

On peut pratiquer le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds soit simplement à la manière de Wylie, soit en fixant l'anse ligamentaire dans la paroi abdominale à la façon de Doleris.

Nous dirons tout de suite que le deuxième procédé est bien supérieur au point de vue de la solidité, car il supprime la partie faible périphérique des ligaments.

C'est donc le procédé de Doleris que nous aurons en vue et dont nous dirons les avantages au point de vue obstétrical (avantages qu'il partage du reste avec le procédé Wylie, avec la solidité en plus).

1° *Le procédé corrige bien la rétroversion,* et l'opération s'adressant aux moyens naturels de suspension de l'utérus est rationnelle, logique.

Ferry, dans sa thèse, rapporte 46 cas sans une seule récidive.

2° *Ne surélève pas l'utérus,* comme l'hystéropexie, il n'y aura pas à craindre de ce fait le défaut d'accommodation de la présentation.

3° *N'occasionne pas d'antéflexion forcée* pouvant favoriser la présentation de l'épaule.

4° « *L'utérus conserve sa mobilité* normale, il ne saurait donc être fâcheusement influencé ni dans son développement gravidique, ni dans les différents temps de l'accouchement. » (Doleris).

Il pourra librement s'élever dans l'abdomen en gardant ses rapports normaux avec la vessie.

5° « Toutes les zônes de la paroi gardent leur souplesse et la même facilité d'ampliation, ce qui écarte et les dangers d'interruption de la gestation avant terme et les risques de rupture utérine. » (Jeannin) (73).

La contractilité normale de la matrice et la marche du travail ne sont troublées en aucune façon.

6° *La ligamentopexie* agissant indirectement sur l'utérus par l'intermédiaire de ses ligaments ne comprimera pas les plexus nerveux de sa face antérieure, ce qui serait une cause de douleurs.

7° Le procédé permet après l'accouchement, le cas échéant, le curage manuel de l'utérus et l'abaissement de la portion vaginale sans danger pour la malade.

8° Enfin « après l'accouchement, l'involution est régulière, rapide, l'utérus reste seulement un peu élevé. » (Doleris).

## L'opération d'Alexander pendant la grossesse

Certains chirurgiens ont pratiqué, dans certains cas de rétroversion de l'utérus gravide mobile mais récidivante, l'opération d'Alquié-Alexander, et Bröse en particulier, rapporte deux observations où cette opération fut suivie de succès (Obs. 34-35).

C'est une opération bénigne qui a l'avantage d'être extra-péritonéale, avantage énorme lorsque l'on n'était pas sûr de son aseptie, logique puisqu'elle s'adresse pour fixer l'utérus à ses moyens de suspension naturels.

Au point de vue des résultats obstétricaux, c'est une bonne opération après laquelle l'évolution de la grossesse est normale qui ne cause aucune dystocie lors de l'accouchement et qui est rarement suivie de récidive de la déviation après la grossesse.

Malgré ces avantages appréciables, cette opération a été beaucoup battue en brèche, car on lui reproche deux choses :

1° D'être une opération aveugle qui ne permet ni de reconnaître, ni de traiter les causes de rétrodéviation, et le professeur Hartmann (67), au Congrès de 1900, s'exprime ainsi à ce sujet :

« On ne sait jamais s'il n'y a pas d'adhérences, un utérus peut être parfaitement mobile et présenter des adhérences avec la paroi antérieure du rectum.

« De là une cause possible de persistance, des douleurs après fixation. Aussi je crois, avec notre collègue Schwartz, que toute opération ayant pour but de réduire l'utérus doit permettre tout d'abord de constater de visu l'état des lésions ».

2° De plus c'est une opération difficile, lente, minutieuse, en effet, on aborde les ligaments à un moment où ils sont déjà divisés, et les fibres éparpillées sont parfois difficiles à reconnaître.

Enfin, pratiquée pendant la grossesse il y a un gros danger, c'est d'opérer des tractions sur les ligaments, alors que l'utérus n'a pas été redressé antérieurement. Dans ce cas, la traction des ligaments à travers le canal inguinal, loin de réduire l'utérus, exagèrent l'enclavement. Et ceci s'explique aisément, comme le fait remarquer le professeur Jeannin par ce fait, que dans ces circonstances, l'insertion utérine des ligaments ronds est située notoirement au-dessous de la zône de flexion qui elle-même correspond à l'isthme.

## Technique

En présence d'une malade atteinte de rétroversion de l'utérus gravide de 3 mois 1/2 environ, chez laquelle les manœuvres manuelles pratiquées avec douceur ont échoué, et chez laquelle l'on a donc à redouter des complications dues à l'enclavement, voici la technique opératoire que nous proposons :

1° Préparation de la malade, cathétérisme de la vessie et évacuation du rectum.

2° Anesthésie chloroformique.

3° Ouverture de l'abdomen.

Incision de 8 à 10 centimètres sur la ligne médiane qui, de la partie médiane du pubis, se dirige verticalement vers l'ombilic. La peau, le tissu cellulaire, la ligne blanche très épaissie à ce niveau et le péritoine sont successivement incisés.

Il est préférable de respecter la ligne blanche sur une hauteur de 2 à 3 centimètres à partir du pubis, de façon à laisser un point aponévrotique qui servira de point d'appui solide aux anses ligamentaires.

4° Reconnaissance, libération et redressement de l'utérus.

La malade est placée dans la position de Trendelenburg, libération de l'épiploon et des anses intestinales, s'il y a des adhérences, avec un instrument mousse ou mieux avec les doigts. L'intestin,

libre de toute adhérence, est refoulé dans la partie supérieure de l'abdomen et maintenu avec des compresses.

On cherche à se rendre compte alors s'il y a des adhérences utéro-rectales ou vésicales pour les libérer, et alors il ne reste plus qu'à redresser l'utérus. Ce que l'on fera :

Soit en glissant avec douceur sa main entre l'utérus et la face antérieure du sacrum, de façon à « empaumer » son fond et une partie de sa face postérieure et à l'entraîner ainsi en haut et enavant.

Soit comme l'ont préconisé Doleris et Vignard, en opérant des tractions modérées sur les deux ligaments ronds saisis avec une pince.

5° Reconnaissance et saisie des ligaments ronds.

Les ligaments ronds, s'ils n'ont déjà été saisis pour aider à la réduction, sont aisément reconnus, à 3 ou 4 centimètres de l'utérus, alors qu'ils se présentent sous l'aspect d'un cordon unique, blanchâtre, aisément appréciable. C'est à ce niveau qu'ils sont successivement saisis par une pince longuette.

6° Transfixtion de la paroi.

De chaque côté de la ligne médiane et au niveau de la bandelette fibreuse laissée avec intention, on pratique alors au bistouri une petite ouverture en traversant l'aponévrose, le bord des muscles droits et le péritoine.

7° Fixation des ligaments ronds.

Au moyen d'une pince de Kocher par exemple, passée dans l'ouverture ainsi faite, on saisit facilement le ligament rond où il avait été précédemment repéré et on amène ainsi une anse ligamentaire à travers la paroi.

On fixe, au moyen de quelques points de suture au catgut, chaque anse ligamentaire à sa congénère et à l'aponévrose.

8° On suture ensuite les plans péritonéaux et musculo-aponévrotiques suivant l'usage, et on termine par la suture cutanée.

*Soins post-opératoires.*

Après l'opération il sera bon de considérer malgré le traumatisme infime, la malade comme en instance de fausse-couche et agir de façon à sauvegarder la grossesse ; et pour cela, on pourra suivre les indications données par Rudeaux (*La Clinique*, 22 avril 1910) ; « il est nécessaire de recourir à la morphine. Une première injection sous-cutanée d'un cent. cube d'une solution à 1% aura été faite immédiatement avant l'opération, et une deuxième sera pratiquée dès que la malade sera ramenée dans son lit. On devra les continuer pendant 3 ou 4 jours, à la dose de 1 à 2 injections par jour, suivant les circonstances.

A la moindre menace de contractions utérines, il faudrait y ajouter les lavements laudanisés xx à xxv gouttes pour 60 grammes d'eau bouillie tiède ».

CHAPITRE IV

# OBSERVATIONS

### Observation 1

JACOBS, de Bruxelles (*in thèse de Harlay*)

29 ans, primipare, grossesse de 4 mois 1/2, symptômes d'avortement depuis 24 heures, rétroposition ancienne de l'utérus. Le corps est encastré dans le bassin. Laparotomie le 24 juin 1891, rupture des adhérences, reposition. La grossesse continue, accouchement a lieu sans incident à terme.

### Observation 2

JACOBS, de Bruxelles (*loc. cit.*)

27 ans, multipare, souffre depuis l'âge de 19 ans de rétroflexion adhérente. Enceinte de 3 mois 1/2.

Symptômes graves d'avortement depuis un jour.

Laparotomie le 14 juin 1890, reposition de l'utérus après rupture des adhérences.

La grossesse se continue à terme sans incident.

### Observation 3

JACOBS, de Bruxelles (*loc. cit.*)

30 ans, multipare, 3 avortements, grossesse de 5 mois, menaces d'avortement, affaiblissement général, utérus en rétrocession, sans incarcération, tentatives de redressement sans résultat.

Laparotomie le 19 novembre 1891. La grossesse continue et l'accouchement se fait à terme.

### Observation 4

JACOBS, de Bruxelles (*loc. cit.*)

37 ans, multipare, 6 avortements en 10 ans, utérus développé normalement à 4 mois, en rétroversion, immobilisé, symptômes d'incarcération ; l'utérus est fixé par une pelve, péritonite survenue à 19 ans.

Laparotomie le 13 juin 1892. Les adhérences pelviennes sont incisées aux ciseaux. Reposition. Accouchement à terme. Depuis, deux accouchements en de bonnes conditions.

### Observation 5

JACOBS, de Bruxelles (*loc. cit.*)

32 ans, primipare, grossesse de 4 mois 1/2. Symptômes d'incarcération depuis quelques jours, tentatives de

réduction sans succès. Laparotomie le 1er juin 1893. Reposition. Accouchement à terme.

L'opération est suivie de métrorragies assez abondantes, mais sans avortement.

**Observation 6**

JACOBS, de Bruxelles (*loc. cit.*)

34 ans, multipare, 7 avortements en 9 ans, de 2 à 4 mois, grossesse de 4 mois 1/2. Symptômes graves d'incarcération.

Laparotomie le 12 février 1895. La libération de l'utérus est laborieuse. Hémorragies en nappe, très abondantes.

Reposition. Pendant quelques jours, menaces d'avortement. L'accouchement a lieu à terme.

**Observation 7**

JACOBS, de Bruxelles (*loc. cit.*)

Secondipare, 27 ans, mêmes symptômes que le cas précédent, opération le 18 mars 1895, grossesse à terme, accouchement sans incident.

**Observation 8**

JACOBS, de Bruxelles (*loc. cit.*)

Secondipare, 31 ans. Observation analogue, opération le 21 août 1895, même résultat.

**Observation 9**

JACOBS, de Bruxelles (*loc. cit.*)

Multipare, 29 ans. Rétroflexion ancienne, suite de péritonite survenue après un avortement, symptômes d'incarcération, grossesse actuelle datant de 4 mois, métrorragie profuse depuis 48 heures, tentatives de réduction sans succès. Laparotomie le 23 octobre 1895, suites normales, grossesse à terme, accouchement difficile.

**Observation 10**

JACOBS, de Bruxelles (*loc. cit.*)

Primipare, 34 ans, Me aces d'avortement. Opération le 3 décembre 1896, avortement le surlendemain.

**Observation 11**

JACOBS, de Bruxelles (*loc. cit.*)

Deux accouchements, rétention placentaire.

Trois avortements. Grossesse actuelle de 5 mois, troubles vésicaux et intestinaux s'accentuent, évacuation de vessie et intestins.

Tentatives multiples de réduction manuelle ou par ballons, par le vagin et le rectum. Laparotomie le 21 novembre 1896, libération d'adhérences profondes. Pas de menaces d'avortement, grossesse normale, accouchement à terme.

**Observation 12**

SCHWARTZ (*in thèse de Harlay*) *résumée*

22 ans. Accouchement il y a 15 mois, douleurs du côté gauche, impossibilité de rester debout. Dernières règles le 11 mars, il n'y a pas eu d'irrégularité.

En arrière du pubis, tumeur remplissant le petit bassin douloureuse à la pression.

Au toucher, col affleurant presque à la vulve. Cul-de-sac postérieur rempli par une tumeur fluctuante, douloureuse, ressemblant à une hématocèle. La tumeur semble indépendante de l'utérus.

Le 24 mars 1894, laparotomie médiane, on trouve le corps de l'utérus rétrofléchi sur le col allongé et aminci, redressement facile, le volume de l'organe indique une grossesse de 2 mois 1/2 environ ; l'utérus garde sa situation, il n'est pas fixé, l'abdomen est refermé, cessation des douleurs ; accouchement en octobre.

L'utérus n'a pas tendance à la déviation quand la malade quitte l'hôpital.

**Observation 13**

M. GUINARD (*Thèse de Clerc, Paris* 1900. *Obs. I*)

Résumé. M^me^ X..., 34 ans, a eu deux grossesses normales ; dernières règles en mars 1899. En avril, début des vomissements. On les attribue d'abord à une hernie. En mai ils deviennent incoercibles ; deux confrères pensent

à une grossesse, trouvent de l'albumine. Malgré le régime lacté, les vomissements continuent. M. Guinard appelé craint une grossesse extra-utérine, mais conseille d'attendre quelque temps.

Le 9 mai, les vomissements devenant menaçants pour la vie : laparotomie, utérus gravide rétrofléchi adhérent solidement au sacrum. Libération et hysteropexie par un fil de soie. Cessation des vomissements et de l'albuminurie. La grossesse suit son cours normal jusqu'au 10 novembre. A cette date, violente crise de nerfs. Le 14, début des douleurs ; accouchement en 3 heures. Enfant mort depuis peu, délivrance artificielle.

Le globe utérin reste longtemps volumineux et plein de caillots. Au bout de 24 heures évacuation par expression, injection chaude, les contractions apparaissent et tout évolue ensuite normalement.

### Observation 14

Mouchet, de Sens (*Annales de Gynécologie*, 1900)

37 ans, sans antécédents pathologiques et ayant déjà eu 3 grossesses terminées par des accouchements spontanés à terme.

Dernières règles le 27 septembre. Dans la deuxième quinzaine de décembre, apparition des troubles fonctionnels du côté de la vessie, besoins plus fréquents d'uriner et miction de plus en plus pénible, puis bientôt douleurs abdominales et constipation opiniâtre.

Premier examen fin décembre : Tumeur abdominale fluctuante remontant au-dessus de l'ombilic.

Par le toucher : Col derrière la symphyse et tumeur arrondie, régulière, non fluctuante, remplissant l'excavation.

Le cathétérisme donne issue à deux litres d'urine claire et normale. Il est facile de constater alors que la tumeur, qui est incarcérée dans l'excavation, n'est autre que l'utérus gravide.

Cathétérisme quotidien. Malgré l'évacuation régulière de la vessie et du rectum, il n'y a aucune tendance de réduction spontanée.

Les douleurs abdominales persistent et deviennent violentes. Dans ces conditions, la réduction manuelle est tentée mais infructueusement, l'utérus reste enclavé et il est impossible de lui imprimer le moindre mouvement.

Après avoir constaté que la rétention d'urine était absolue, que le cathétérisme devenait de plus en plus difficile et pénible, que les douleurs se montrent plus intenses et, redoutant un avortement, laparotomie le 4 janvier 1898.

A l'ouverture du ventre, la vessie bien que vidée par cathéter, fut trouvée remontant jusqu'à l'ombilic. L'utérus, complètement renversé en arrière, occupait toute l'excavation. Ce ne fut qu'avec grande difficulté que la main introduite entre la tumeur et le sacrum, put le dégager et le réduire.

Il n'y avait ni fibromes, ni adhérences en aucun point.

L'utérus remis en position, le ventre refermé, la conva-

lescence fut rapide et la femme accouchait à terme spontanément, le 20 juin, d'un enfant pesant 3.350 grammes ; suites de couches normales.

### Observation 15

Dr Mouchet, de Sens (*loc. cit.*)

29 ans, bien portante jusqu'à septembre 1897, à partir de ce moment douleurs abdominales ; dernières règles le 1er février 1898 ; augmentation rapide du volume du ventre et douleurs abdominales. Miction devient fréquente et difficile. Premier examen le 5 juin. Tumeur abdominale dépassant l'ombilic, col derrière la symphyse et tumeur remplissant l'excavation, mais distincte de la tumeur abdominale, cette dernière n'étant pas constituée par la vessie comme le démontre le cathétérisme.

Le diagnostic porté fut : Rétroversion de l'utérus gravide chez une femme ayant en plus un kyste de l'ovaire et un pyosalpinx, et cela en raison de quelques accidents douloureux et fébriles apparus au début.

La réduction manuelle ayant été tentée sans résultat, la rétention d'urine étant devenue complète et les douleurs très vives, des vomissements et des accès fébriles ayant fait leur apparition, la laparotomie fut pratiquée le 25 juin.

Un kyste de l'ovaire gauche sans adhérences, à pédicule long et mince contenant un liquide jaunâtre, très épais, fut enlevé.

L'utérus trouvé libre de toute adhérence fut dégagé et remis en place et le ventre refermé, la grossesse évolua sans accidents et cette femme accoucha *sponte sua*, à terme, le 5 juin 1898.

### Observation 16

A. Martin, de Rouen (*in Annales de Gynécologie*, 1903)

46 ans. Cinq grossesses et accouchements normaux, pas d'affections génitales, dernières règles le 15 juin. Malade ne se croit pas enceinte. Douleurs depuis 15 jours. Constipation, rétention d'urine, œdème des jambes.

Examen : Ventre volumineux, tumeur abdominale fluctuante, cathétérisme, 1 litre 1/2 d'urine. Le ventre diminue, la malade est soulagée.

Au toucher, col utérin très haut et derrière le pubis. Le cul-de-sac postérieur, effacé, bombe fortement dans le vagin.

Diagnostic provisoire de kyste de l'ovaire enclavé.

Au deuxième, examen le diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide. Manœuvres de réduction sous chloroforme sans succès.

Laparotomie : La vessie remonte très haut, l'utérus apparaît complètement rétrofléchi.

Tandis qu'un aide introduit deux doigts dans le rectum pour repousser l'utérus, par forte pression de bas en haut, mes deux mains enfoncées profondément de chaque côté du promontoire accrochent péniblement le fond de la

matrice et l'attirent en haut. Manœuvres réussissent après des efforts pénibles et réitérés ; suture de la paroi, urine fétide, lavages vésicaux au permanganate.

Le dixième jour après l'ablation des fils, à la suite de vomissements, désunion de sa suture avec hernie intestinale ; réduction de l'intestin et reconstitution de la paroi 12 jours plus tard, réunion parfaite, suites simples depuis ce moment.

La grossesse continue à évoluer et l'accouchement se fait spontanément le 14 mars.

### Observation 17

MANN (*Gynœcological transaction, N.-Y* 1903) *Résumée*

Novembre 1895. Pas de règles depuis 4 mois. Rétention d'urine, constipation, diagnostic incertain entre rétroversion de l'utérus gravide et kyste emplissant le bassin ; impossibilité de vider le rectum et la vessie ; échec de tous moyens employés pour repousser la masse au-delà du bassin.

Laparotomie : Réduction d'un utérus gravide. Guérison. La malade accouche à terme.

### Observation 18

MANN (*loc. cit.*). *Résumée*

On diagnostique une rétroversion ; utérus gravide avec incarcération ; la vessie est distendue, impossible à vider par cathétérisme. On fait la laparotomie.

Après ouverture de la paroi on tombe en cavité de Retzius. Le péritoine était repoussé par la distension de la vessie. On l'abaisse, on ouvre le péritoine, l'utérus peut être réduit avec les mains.

### Observation 19

Murdoch-Cameron, de Glascow (*British Medical Journal* 1896). *Résumée*

Grossesse de 4 mois chez une tertipare. Rétention d'urine, constipation opiniâtre ; on diagnostique : rétrodéviation après tentatives de réduction.

Laparotomie : Abaissement de la vessie, réduction de l'utérus. Grossesse évolue normalement.

### Observation 20

Malcom Mac Lean (*Gynœcological transactions, N.-Y,* 1898)

Grossesse de 4 mois 1/2, utérus repoussé au fond du bassin ; tumeur dans la région iliaque gauche. J'opérai pour enlever cette tumeur, je trouvai que c'était une corne utérine ; l'autre corne était rétroversée et incarcérée au bassin. Elle fut libérée, l'utérus reprit sa forme globuleuse normale.

Tous les moyens de réduction avaient échoué, même sous l'anesthésie, la malade accoucha à terme régulièrement.

### Observation 21

GOTTSCHALK (*Annales de Gynécologie,* 1895)

Huit avortements, une grossesse à terme. Nouvelle grossesse ; pas de selles pendant six jours ; douleurs intolérables, ballonnement de l'abdomen, incarcération de l'utérus rétrofléchi. Laparotomie. Ascite. Développement énorme de l'S iliaque. Colotomie. Mort.

### Observation 22

HENRI FRY (*In Gynœcological transactions,* 1898)

En 1895, a observé une malade enceinte de 3 mois 1/2 présentant des symptômes d'incarcération, de compression rectale et vésicale. Le diagnostic fut facile : « *Dans le cas particulier, sous chloroforme, on tenta de réduire l'utérus comme je l'ai fait si souvent : Ce fut sans résultat. L'abdomen fut ouvert. Cette opération était justiciable en ce cas, car les autres alternatives auraient été plus graves pour la mère et auraient amené la mort de l'enfant.* » L'utérus fut remis en position et, pour éviter une nouvelle rétroversion, on fit une ventro-fixation.

La malade guérit facilement et fut délivrée à terme, sans difficultés. L'utérus était en bonne position quand la malade quitta l'hôpital.

**Observation 23**

H. Fry (*In loc. cit.*)

Grossesse de quelques semaines. Laparotomie : Ventrofixation. La malade guérit facilement et n'avorte pas, quoique elle fut épileptique et qu'elle fut tombée plusieurs fois de son lit pendant des attaques. (*Le diagnostic de la Rétroversion de l'utérus gravide n'avait pas été fait avant l'intervention*).

**Observation 24**

H. Fry (*In loc. cit.*)

On reconnut l'état de grossesse de la femme, seulement quand l'abdomen fut ouvert. Elle avait été malade et stérile pendant 10 ans, ce qui empêchait de soupçonner la grossesse.

Les adhérences qui fixaient la matrice en arrière furent rompues, l'utérus porté en position normale et suturé à la paroi abdominale. La malade avorta quatre semaines plus tard, résultat apparent de l'opération.

**Observaton 25**

Lapton Smith (*In Gynœcological transactions*, 1898)

Utérus gravide rétroversé, incarcéré. Le diagnostic de Kyste de l'ovaire avait été posé par trois assistants. On

opéra pour enlever le kyste ; la grossesse était ignorée. L'erreur était excusable ; on trouva l'utérus replié sur lui-même.

On réduisit, et l'utérus fut fixé à la paroi abdominale.

La malade guérit et accoucha à terme.

### Observation 26

DOLERIS (*Société d'Obstétrique, 9 Décembre* 1901)

*Rétroversion adhérente de l'utérus gravide. Laparotomie Raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds a 2 mois 1/2 de la grossesse. Accouchement à terme.* (*Résumée*).

36 ans, ménagère, entrée à Boucicaut le 28 mai 1901. Antécédents : Péritonite, suite de couches à 23 ans.

Deux accouchements d'un premier mariage. Remariée à 25 ans, enceinte, fait une fausse-couche consécutive à un coup et reste affectée d'une rétroversion.

A son entrée, retard de 2 mois ; douleurs dans le bassin, constipation invincible, miction difficile.

Utérus gros, rétroversé, le corps forme une tumeur volumineuse qui descend très bas. Col petit, haut derrière la symphyse. Diagnostic de grossesse probable. Repos, purgatifs, lavements, tentatives de réduction en position genu-pectorale, décubitus abdominal constant pendant deux semaines. Pas d'amélioration.

7 et 9 juin, application de ballons rectaux, pas de résultat. Laparotomie, 18 juin. Décollement d'adhérences

molles maintenant l'utérus et les annexes rétrolabiées à la paroi pelvienne. Le péritoine est injecté de sérosités L'utérus tend à reprendre sa position vicieuse. Raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds, suture de paroi, suites opératoires très simples.

Hauteur de l'utérus le 20 juillet, 15 centimètres ; le 18 novembre, 28 centimètres; 39 centimètres le 20 décembre.

Accouché à terme le 1er janvier 1902, après 9 heures de travail, enfant de 4.000 grammes, suites de couches régulières.

A la sortie, utérus en bonne attitude, abaissé.

Six mois après utérus en position parfaite, léger cystocèle.

**Observation 27**

Doleris (*La Gynécologie*, 15 *Octobre* 1902)

*Rétroversion irréductible, kyste de l'ovaire droit. Laparotomie, ablation des annexes droits, raccourcissements des ligaments ronds, guérison, présentation du siège par manœuvres externes, accouchements normal* (*Résumée*).

Madame Fl., 29 ans.

Accouchement spontané en 1899, grossesse tubaire opérée le 4 août 1900.

Le 22 novembre 1900 vient consulter ; les règles n'ont pas reparues. Bassin rempli par une tumeur qui paraît double en arrière, très bas et déprimant le Douglas ; tumeur régulière paraissant constituée par utérus rétroversé augmenté de volume, de consistance démesurée.

Le col regarde en haut et en avant ; à droite et en avant, tumeur résistante, régulière, ellipsoïde légèrement mobile.

Diagnostic : tumeur annexielle droite, rétroversion utérine, état de grossesse probable ; les douleurs augmentant, les tentatives de réduction manuelle sont inefficaces. Cathétérisme est nécessaire.

Opération le 9 décembre : Laparotomie, kyste de l'ovaire droit du volume d'une orange, utérus violacé luxé en arrière. Résection des annexes droits, mobilisation de l'utérus, fixation par raccourcissement bilatéral des ligaments ronds passés à travers une boutonnière pratiquée sur les muscles droits pessaires de Hodge. Suites opératoires normales.

Le 10 février 1902, l'état général est bon, l'utérus affleure l'ombilic.

Le 26 mai, utérus haut de 27 centimètres, tête en hypocondre droit, dos à gauche, version par manœuvres externes.

Le 16 juin la tête est engagée ; 29 juin début du travail, accouchement normal après 10 heures 1/2 de travail.

La malade quitte le service le 12 juillet en parfait état.

La malade revue depuis se porte très bien, l'utérus, en bonne position, sans apparence de colpocèle.

### Observation 28

Doleris (*La Gynécologie*, 15 *octobre* 1902) *Résumée*

M. C..., 34 ans, domestique, grosse de deux mois, quand accidents de rétention d'urine et douleurs en bas de l'abdomen.

Entre à l'hôpital le 8 avril 1902, utérus gros à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Col effacé, mou, regardant en avant, appliqué derrière la symphyse.

Le corps de l'organe bascule en arrière et emplit tout le fond de l'excavation. Il paraît libre d'adhérences, mais son profond enclavement dans le Douglas rend cette mobilité très limitée.

La réduction devant être impossible, on ne la tente pas.

Laparotomie le 12 avril 1902 ; l'utérus est plongé profondément dans le Douglas et retiré verticalement. Annexes normales, pas d'adhérence, réduction effectuée par tractions simultanément exercées sur les 2 ligaments ronds, saisis par pinces de Kocher en le voisinage de la corne utérine. De légers mouvements d'inclinaison à droite et à gauche ont précédé la traction.

Un bruit de clapotement a marqué le moment précis du désenclavement ; fixation des ligaments par transfixtion des muscles droits, engagement de l'anse ligamenteuse à 2 centimètres de la naissance des cordons sur l'utérus.

Suture paroi en 2 plans, tamponnement vaginal, suites opératoires excellentes.

Sortie le 11 mai, utérus haut de 16 centimètres ; 6 septembre 36 centimètres de hauteur, tête en O. I. D. P.

Accouchement le 17 octobre, 12 heures de travail.

Suites de couches normales.

**Observation 29**

Otto Kustner (*Monatsch. f. Gebur. U. Gyn. B.* 25. *S.* 150)

La femme K. L..., 23 ans, a accouchée une première fois le 23 décembre 1903. L'accouchement fut fait au forceps, l'enfant vit.

Au mois de décembre de l'année précédente, elle avait été soignée à la clinique pour un avortement incomplet (inachevé).

Traitement qui avait nécessité un curetage.

A cette époque, le diagnostic de rétroversion et de rétroflexion fixes fut établi.

Le 9 décembre 1906 elle revient à la clinique, présent les symptômes d'incontinence paradoxale. Les dernières. règles remontaient au milieu du mois de mai. Nous portons alors le diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide. Même sous la narcose, quelques jours plus tard, nous ne réussissons pas la réduction.

Comme déjà un précédent examen fait en décembre 1905 nous avait amené à croire que l'utérus était fixé, le 18 décembre je pratiquai la laparotomie.

Nous trouvons un utérus de la taille et de consistance d'un utérus gravide de 4 à 5 mois. La face antérieure fait saillie horizontalement au dehors du petit bassin pour entrer dans le grand bassin. En essayant de remettre l'utérus à sa position normale et de retirer du bassin sa face postérieure, nous apercevons des adhérences extraor-

dinairement nombreuses, mais grêles, affectant la forme de voiles et de cordons, situées entre la face postérieure de l'utérus, les ovaires, les trompes, le péritoine rectal et la paroi postérieure du bassin. Nous séparons ces adhérences avec les doigts ou, lorsqu'elles sont trop solides, avec le Paquelin. Ces adhérences atteignent en bas jusqu'au Douglas et soudent ici la section arrière du col et la cloison supérieure avec les parties adjacentes du péritoine.

Après la séparation de toutes les adhérences, la mise en place de l'utérus fut facile.

Cet utérus, nous ne le fixons pas du tout à la paroi abdominale comme le faisait Clerc, mais nous plaçons un pessaire de Smith et une sonde à demeure pendant 8 jours.

Il s'en suivit une convalescence, sans trouble d'aucune sorte, et le 9 novembre, après lui avoir enlevé le pessaire, la malade put sortir.

Le 21 novembre, l'utérus est normal ; il a continué à se développer normalement ; sa position extrême se trouve à peu près à la hauteur de l'ombilic.

### Observation 30

Henkel (*Zeitschrift für Gebur. u. Gynæk.*, 1909).

Femme de 26 ans, 3 accouchements antérieurs normaux, vient à la clinique le 1er mars parce qu'elle a des douleurs assez vives dans le bas ventre et une sensation de pesanteur en abdomen. La défécation est très pénible.

A l'examen, le diagnostic de rétroflexion d'utérus de

3 à 4 mois est posé. Cette rétroflexion explique suffisamment les symptômes éprouvés, bien qu'il n'y ait pas d'incarcération à proprement parler. Les mictions sont normales ; bien entendu j'essaie de redresser l'utérus par le Kolpeurynter, le procédé bimanuel même sous l'anesthésie. Rien n'y fait. Je pense donc à la présence d'adhérences. Comme la maladè avait manifesté le désir de voir sa grossesse évoluer, je résolus d'employer la laparotomie le 6 mars. Incision à la Plannenstiel, je trouvais des adhérences solides fusionnant les intestins, la vessie, l'utérus que je dus même sectionner aux ciseaux et lier. Ces adhérences suffisaient à expliquer l'impossibilité de réduction.

Particulièrement dans le Douglas, il existait des adhérences très serrées qui rendirent l'intervention très pénible.

Après la réduction de l'utérus et la suture de l'abdomen, je mis un pessaire de Meyer ; le procédé rapide réussit pleinement.

Le jour même, 8 gouttes de teinture d'opium ; elle se lève le 8e jour, tous les malaises avaient disparus. L'utérus grossit et répond absolument par ses dimensions à l'époque de la grossesse.

**Observation 31**

PUPPEL (*Monastch. Gebur. Gynæk.*, 1910).

Le 20 juillet, je fus appelé par un confrère de la ville auprès de Madame F..., 36 ans, secondepare. On ne me communiqua aucun diagnostic. A mon arrivée j'appris ce qui suit. Les dernières règles dataient du milieu d'avril ;

depuis huit jours, violentes douleurs en l'abdomen. La malade a des mictions fréquentes, mais peu abondantes. La sage-femme me dit que, comme il existait de la complication, elle avait donné un lavement qui fut rendu aussitôt.

A l'examen, très douloureux, tumeur rénitente remontant jusqu'à (1 *travers de doigt sous l'ombilic*), mate à la percussion, fluctuation peu nette. Au toucher vaginal on sent dès l'entrée du vagin une tumeur molle, qui refoule le vagin contre la symphyse et ne permet pas d'atteindre le col. Le toucher rectal indique que la tumeur siège directement au-dessus du sphynctère et occupe tout le petit bassin.

Diagnostic hésitant entre fibrome du col, kyste de l'ovaire ou rétroflexion utérus gravide : anesthésie, cathétérisme difficile, 1.500 c/m. c. d'urine foncée mais pas fétide. La tumeur, accessible à la palpation disparaît. On atteint alors par le toucher, le col plaqué derrière la symphyse.

Le diagnostic est fait. La réduction semble impossible. Encouragé par le cas de Kustner, je fais la laparotomie, incision depuis l'ombilic jusqu'à 3 doigts au-dessus de la symphyse.

La main, péniblement introduite entre l'utérus et le bassin, arrive à extraire le fond utérin qui disparaissait tout à fait à la vue, enclavé qu'il était dans le petit bassin.

On ne sentit ni ne vit aucune adhérence. Hémostase, agrafes de Michel, durée 35 m/m, sonde à demeure 48 heures, pessaire de Hodge, pas de fièvre.

Sort guérie le 16e jour, le fond de l'utérus au voisinage de l'ombilic.

### Observation 32

C. Frankestein (*in Deutsche Méd. Wochenschrift* 1910) nº 22

23 ans, tertipare, entre à la clinique le 9 novembre, fortes douleurs hypogastriques, mictions douloureuses ; dernières règles en septembre. Depuis 2 jours perte de sang légère, lividité nette des tissus du vagin, portion vaginale du col de l'utérus immédiatement en arrière de l'orifice vaginal, utérus en rétroflexion du 3e degré presque plus gros que les deux poings, nettement spheroïdal. Signe d'Hegar net, battements nets des artères vaginales. Tentative de réduction en position gênée pectorale sans résultat, échec aussi du colpeurynter.

En conséquence, pour prévenir l'interruption de la grossesse et pour parer au danger imminent de l'incarcération, on fit la laparotomie mi-novembre.

Dans l'examen sous narcose chloroformique, on constata nettement la présence de brides rétro-utérines. Laparotomie. Pas d'adhérences avec la paroi abdoimnale antérieure. Utérus recouvert par l'S iliaque, dont une frange epiploïque adhérait à l'angle de la trompe droite.

Débridement, mousse et suture. Libération mousse de l'utérus, de larges adhérences dans le petti bassin, fermeture à 4 étages de lla cavité abdominale, suites opératoires. Convalescence régulière. La femme quitte l'hôpital au commencement de décembre parfaitement guérie.

Au début de l'année elle revient parce qu'elle perd du sang en abondance, utérus à peine plus gros que le poing,

cavité du col perméable, en utérus quelques fragments placentaires, curage digital.

### Observation 33

MAISS (*Monastsch. f. Geb. Gynécol., juin* 1910).

28 ans en avril 1905, accouchement spontané ; 1er avril, elle consulta pour un ensemble d'accidents (dysmenorrhée), ménorrhagie, stérilité, douleurs sacrées qu'on trouva causés par une rétroflexion fixe de l'utérus, compliquée d'une salpingo ovarite droite.

Le 13 avril, entrée de la malade à l'hôpital.

Diagnostic : rétroversion fixe de l'utérus gravide, grossesse vers 5 mois. Toutes les tentatives de réduction, même sous chloroforme ayant échouées, comme la femme souffrait beaucoup, qu'on avait aucun espoir de voir les brides dures résistantes, fixatrices céder, on fit la laparotomie. Libération tantôt mousse, tantôt aux ciseaux des adhérences, ablation des annexes droites enfoncées dans les adhérences : ventro-fixation par le procédé d'Olshausen. Convalescence régulière, évolution ultérieure de la grossesse sans souffrances. Accouchement spontané le 23 novembre 1909, suites de couches apyrétiques.

29 décembre, la femme était en excellente santé et son utérus antéfléchi.

### Observation 34

P. Bröse (*Zeitsch. f. Gynæk*, 1909, n° 47).

Nullipare, 21 ans, jusqu'à son mariage jamais de douleurs, mariée en septembre 1900, dernières règles, 20 octobre 1900. 23 novembre, fortes douleurs abdominales. Rétroflexion utérus gravide, fond de l'utérus profondément dans le Douglas.

Redressement de l'utérus, pose d'un pessaire sans résultat. Retour des douleurs. Par crainte d'une incarcération, opération d'Alexander-Adams. Opération le 8 décembre. Il est intéressant de noter que les ligaments ronds avaient participés aux modifications gravidiques de la musculature utérine ; ils étaient épaissis, ramollis, œdématiés, bleuâtres. Hémorragies au cours de l'opération, faible ; guérison par primain, quelque temps un pessaire de Thomas.

Evolution de la grossesse, normale.

Le 12 août 1901, accouchement spontané, suites de couches normales. Le 12 novembre, l'utérus est en position normale.

Le 7 mai 1903, même situation normale de l'utérus.

### Observation 35

P. Bröse (*Loco citato*).

29 ans, 4 accouchements antérieurs, le dernier le 29 décembre 1904. Dans les dernières suites de couches, de la

fièvre; le 29 janvier 1905, abcès gros comme le poing du Douglas. Colpotomie postérieure fin mai 1905, trajet fistuleux s'abouchant en le vagin qui s'était formé consécutivement à l'ouverture de l'abcès, était entièrement fermé.

Mais était survenue une rétroflexion fixe. Le 30 décembre 1907 accuse de fortes douleurs sacrées, des tiraillements en bas et des douleurs entre les épaules. Dernières règles commencement de novembre. Utérus rétrofléchi, fond de l'utérus profondément en le Douglas, utérus gros comme de 2 mois, tout à fait mobile. Redressement de l'utérus et application d'un pessaire de Hodge.

Le 31 décembre 1907, bonne attitude de l'utérus sur le pessaire, disparition totale des douleurs.

Le 4 janvier 1908 douleurs fortes. Utérus rétrofléchi, le fond ayant basculé par dessus l'arc postérieur du pessaire.

Redressement du pessaire de Thomas, dernières tentatives échouèrent, ce qui suppose qu'à la suite de la suppuration antérieure, des brides avaient pu se former qui attiraient toujours l'utérus en arrière. Douleurs très vives, examen le 13 janvier 1908 sous narcose, utérus tout à fait mobile. Opération d'Alexandre-Adams. Guérison par primain. Le 26 janvier 1908, la femme libérée de toutes douleurs et l'utérus en bonne position, quittait la clinique.

Grossesse non troublée, accouchement le 19 août facile, suites de couches normales; le 28 décembre 1908, la menstruation n'a pas reparue, la femme nourrissait encore, utérus petit en bonne anteflexion, un peu haut.

**Observation 37**

Cristofoletti (*Gynæk Rundschau*, 1910).

27 ans, VII pare, entre à la clinique le 26 juin 1907, le dernier accouchement terminé par le forceps et des suites de couches fébriles. Depuis, fortes douleurs sacrées.

Dernières règles commencement de mai. Examen : position vaginale du col en avant, tout le cul-de-sac de Douglas occupé par une tumeur molle qui correspond à l'utérus gravide. Tentatives de réduction sans résultat même sous narcose. Constatation dans le Douglas de cordons, de brides qui, de la paroi postérieure de l'utérus vont à la paroi postérieure du bassin. Le 2 juillet, sous narcose, à la Schlucher cœliotomie avec incision transversale des fascias (à la plamnenstiel) ; à l'ouverture du péritoine, on constate de nombreuses adhérences allant du fond de l'utérus au péritoine pariétal et au rectum.

Libération faite des adhérences superficielles, on voit le Douglas soudé comme réduit à rien par des adhérences.

Décollement de ces adhérences et redressement de l'utérus et ventro-fixation à la Doleris.

Le 15 juillet, la femme ne souffrant plus, quitte la clinique où elle revient pour accoucher spontanément à terme.

Examen 4 mois post-partum, utérus en antiflexion, pas de douleurs. Depuis, la femme a de nouveau accouché, et actuellement est de nouveau enceinte de 7 mois.

### Observation 37

CRISTOFOLETTI (*loco citato*)

29 ans, secondipare, reçue le 29 janvier 1910.

Depuis un an, douleurs sacrées. Dernières règles le 15 octobre 1909, grossesse à un peu plus de 3 mois. Depuis 1 mois douleurs vésicales, miction pénible, peu d'urine. Au cours des cinq derniers jours, quelques cathétérismes nécessaires. A l'examen externe, on sent le dôme d'une tumeur molle. A l'examen utérin, le Douglas est complètement occupé par une tumeur molle correspondant à l'utérus gravide. Dans la tentative de redressement de l'utérus, des brides s'accusent à la paroi postérieure de la matrice.

Si l'on réussit à soulever un peu l'organe, sa reposition se manifeste impossible.

Colpeuryse sans résultat, etc. Laparotomie sous-narcose à la Schleicher, incision à la Plannenstiel, section de larges adhérences à la paroi postérieure de l'utérus et à son fond, redressement et fixation à la Doleris. Dès le 2e jour post-opératoire, la femme pouvait uriner et, guérie, quittait la clinique le 12 février. Continuation régulière de la grossesse.

### Observation 38

CRISTOFOLETTI (*loco citato*)

26 ans, V pare, reçue le 19 avril 1910. Les deux premiers accouchements spontanés, les 3e et 4e grossesses se

terminèrent par un avortement durant le 3e mois lunaire. La femme subit à la suite, chaque fois, un curetage à cette clinique, où elle vient fébricitante ; les deux fois on constate une rétrodéviation fixe de l'utérus.

Dernières règles le 8 mars. Douleurs fortes sacrées. Utérus rétroversé gros de six semaines, impossible de le redresser tout à fait.

Pessaire de Hodge qui n'améliore pas l'état.

Le 24 avril, cœliotomie (Pfannenstiel), fixation à la Doleris ; le 7 mai, elle sort guérie.

### Observation 39

CRISTOFOLETTI (*loc. citato*)

32 ans, III pare, reçue le 7 février 1910, depuis 2 ans douleurs sacrées, depuis un an pessaire. Dernières règles le 1er novembre 1909. Depuis 3 semaines, douleurs vésicales qui nécessitent quelques cathétérismes. Cystite légère au moment de son entrée. Utérus gros comme à 3 mois de grossesse ; portion vaginale haute rétrosymphysaire. Tentative de reposition sans résultats. Colpeuryse avec position élevée du bassin, résultat incomplet, application d'un pessaire de Thomas. Mais les symptômes vésicaux reparaissent, miction spontanée impossible. Laparotomie : le ventre ouvert on constate que l'œuf s'est développé surtout au dépens de la paroi postérieure de l'utérus qui, par surcharge, s'enfonce dans l'excavation et la remplit, Redressement et ventro-fixation à la Doleris.

Dès le 2e jour, miction spontanée, exeat le 25 février, plus de douleurs. Evolution régulière de la grossesse.

### Observation 40

Siredey (*Annales Gynecol. et Obstétrique, sept.* 1910) *Résumée.*

Il s'agit d'une femme atteinte d'accidents pelviens douloureux, chez laquelle l'anamnèse d'une part, et l'existence d'une tumeur du cul de sac postérieur d'autre part, avaient fait songer à l'existence d'une grossesse cetopique. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un utérus gravide, rétrofléchi, enclavé dans le Douglas et fixé très étroitement par son angle gauche au fond de celui-ci. La libération et la réduction furent suivies de succès.

### Observation 41

Dayot et Hardouin (*Résumée*)

Utérus gravide fibromateux enclavé en bassin.

Laparotomie. Myomectomie. Accouchement à terme. Femme de 28 ans qui, dans les premiers mois d'une grossesse présenta des douleurs vives dans le bassin, irradiées aux cuisses et aux lombes, accompagnées de fréquents besoins d'uriner, d'une constipation opiniâtre, dont état de dépression générale marquée.

A l'examen, on trouvait une tumeur volumineuse rem-

plissant le bassin et paraissant développée au niveau de la face antérieure de l'utérus, le reste du corps utérin étant repoussé en arrière.

En présence des troubles accusés par la malade et devant la certitude d'un avortement inévitable, on se décida à intervenir. Opération faite par le professeur Dayot. Laparotomie, le fibrome gros comme deux poings peut être enuclée et ces manœuvres conduisirent jusqu'au niveau de la muqueuse utérine. La malade guérit et accoucha à terme sans incident.

### Observation 42

VIGNARD (*Gazette Médicale de Nantes*)

Cas I. — Ma première laparotomie pour rétroflexion d'utérus gravide fut la conséquence d'une erreur de diagnostic. Un examen un peu hâtif me fit conclure à une hématocèle rétro-utérine (confusion classique). Je fis d'urgence une laparotomie et trouvait un utérus gravide en rétroflexion, enclavé dans la cavité pelvienne. Après la réduction, laquelle fut aisée en raison du manque d'adhérences, je fis le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, ce qui ne me parut pas compliquer sensiblement l'intervention.

Les suites furent des plus simples et la grossesse ne fut pas interrompue.

Si je relate cette première observation, très écourtée, c'est qu'il me parut démontré dès lors que la laparotomie

constituait un mode de traitement peu dangereux et efficace dans certain cas de rétroflexion d'utérus gravide où la réduction est impossible par les moyens usuels, et je me promis, si pareil cas se présentait à moi, de recourir de propos délibéré à la réduction par laparotomie.

### Observation 43

VIGNARD (*Gazette Médicale de Nantes*)

La nommée Marie R..., femme Br..., 24 ans, ménagère entre le 18 février 1907 dans mon service, pour une rétroflexion d'utérus gravide.

Cette femme réglée à 14 ans, le fut d'une façon très irrégulière. Il y a cinq ans, elle eut un rétard de 4 mois, après quoi les règles revinrent normales, non douloureuses ; au mois de mai 1906, nouveau retard de deux mois, compliqué de douleurs pendant la miction, de pollakiurie.

Après son mariage, il y a 7 mois, les règles revinrent toutes les 6 ou 7 semaines. Les dernières datent du début de décembre. En janvier, elles font défaut : malaise, constipation opiniâtre, la malade reste huit jours sans aller à la selle.

Le 7 février, dans la soirée, troubles urinaires. La miction est fréquente, difficile, douloureuse. Ces troubles persistent les jours suivants.

Le médecin appelé, fait le diagnostic de rétroflexion de l'utérus gravide, compliqué de troubles urinaires. Il constate que les urines sont purulentes. A plusieurs reprises, il

essaie par la voie vaginale, comme par la voie, rectale de refouler l'utérus hors du petit bassin, mais sans succès.

Redoutant avec raison une aggravation de la cystite, il m'adresse la malade et je l'examine le 18 février.

Le col utérin est refoulé en avant contre la symphyse, il est peu ramolli. Le corps, non perceptible par le palper abdominal, est senti par le toucher vaginal remplissant le Douglas et l'excavation pelvienne.

L'urine évacuée par la soude est trouble et donne par le repos un dépôt blanc verdâtre.

A deux reprises différentes, j'essaie la réduction ; il semble que l'utérus se laisse refouler, mais presque aussitôt il retombe.

Etant donné que la malade a déjà subi des manœuvres de la part de son médecin, l'expectation me paraît dangereuse en raison des troubles urinaires sérieux signalés plus haut.

C'est pourquoi, encouragé par le succès facile que m'avait procuré ma laparotomie précédente, je décide la malade à se soumettre à une opération de gravité moindre que les complications qui la menacent. Le 20 février, laparotomie médiane. Il s'agit bien d'un utérus gravide en rétroflexion. Celle-ci est facilement réduite avec la main plongeant entre le sacrum et l'utérus. Mais je constate que l'utérus, réduit facilement, retombe dès que la main l'abandonne. Aussi pour maintenir la réduction, je pratique le raccourcissement des ligaments ronds après avivement.

Les suites de cette opération simple sont elles-mêmes des plus simples. Très peu de vomissements chlorofor-

miques, quelques vagues douleurs abdominales sont calmées par 0,005 de morphine le premier soir, et par un lavement laudanisé le lendemain. Mais aucune menace réelle d'avortement ne se produit.

Le 1er mars, l'urine étant encore trouble, j'ordonne un lavage de la vessie au nitrate d'argent à 1/000.

Ce lavage de la vessie est répété le 3 et le 5. L'urine redevient claire. La malade peut quitter l'hôpital dès le 8 mars pour retourner chez elle.

« Après l'opération, les troubles urinaires ont disparu et la grossesse a évolué normalement. L'accouchement s'est effectué sans incident notable, en tout sans application de forceps, ni version. Il a été fait d'ailleurs par une sage-femme. Depuis, Mme B... n'a pas eu d'autre grossesse. »

**Observation 44**

VIGNARD (*Gazette Médicale de Nantes*)

Cas III. — Tout récemment encore, en juillet 1910, j'eus l'occasion de pratiquer la laparotomie pour un nouveau cas de rétroflexion d'utérus gravide et l'indication ici me parut d'autant plus formelle que la malade, au cours d'une précédente grossesse, avait failli succomber, par suite de cette rétroflexion, à des accidents de la plus haute gravité. On en pourra juger par l'observation suivante.

Madame B..., âgée de 33 ans, est devenue enceinte pour la première fois au commencement de 1909. Après une interruption des règles pendant 3 mois 1/2 à 4 mois, celles-

ci revinrent, du moins la femme le crut ; en réalité, ce fut un écoulement sanguin qui revint à des intervalles très irréguliers et finit par se transformer en hémorragies très fortes. Le médecin consulté au mois de septembre, fit le diagnostic de rétroflexion d'un utérus gravide. Il tenta la réduction à plusieurs reprises, fit rester la femme au lit, couchée sur le ventre ou sur le côté.

Le 22 octobre, il fut appelé la nuit près de cette femme qui se trouvait dans l'état le plus alarmant ; elle avait une hémorragie épouvantable et souffrait de coliques utérines. Elle était en train évidemment de faire une fausse-couche.

Le Docteur A..., délivra rapidement la femme, vida complètement l'utérus et, à l'aide des moyens habituels, injections de sérum, etc, il fut possible de sauver la malade.

Il comptait la revoir par la suite pour constater si la rétrodéviation persistait ; il avait donné à entendre qu'une opération serait utile pour remettre et maintenir la matrice en bonne place.

Or, il revit seulement M^me^ B... le 28 juin 1910. La rétrodéviation existait encore et, malheureusement aussi, une grossesse datant de 7 semaines environ.

C'était donc, en perspective, une nouvelle fausse-couche et peut-être aussi des accidents aussi graves que l'année dernière, accidents auxquels la malade n'avait échappé qu'à grand peine.

Aussi sans vouloir tenter des manœuvres qui semblaient vouées à un échec et pouvaient précipiter l'avortement, le Docteur A... résolut de m'adresser la malade.

Une intervention chirurgicale, pensait-il très justement,

serait sans doute encore possible pour remettre l'utérus en place ; si elle provoque un avortement, celui-ci ne sera alors qu'avancé, car il est presque fatal qu'il se produise si la matrice reste dans la position actuelle.

Ces réflexions du Docteur A... cadrent trop exactement avec ma façon de voir pour que je les passe sous silence. J'accueillis donc avec sollicitude son intéressante malade. Il s'agissait d'une femme de 33 ans, d'aspect assez robuste, ayant vu ses règles pour la dernière fois dans la seconde quinzaine d'avril.

Depuis lors, elle éprouvait dans le bas-ventre une gêne de plus en plus marquée. Il lui était impossible de marcher vite sous peine d'être obligée de s'arrêter une dizaine de minutes et d'attendre que la douleur fut passée. Elle ne pouvait non plus se baisser sans de grandes difficultés. Au lit, le décubitus latéral droit ou gauche était impossible. Elle devait s'étendre sur le dos avec lenteur et encore, malgré toutes ces précautions éprouvait-elle, de temps à autre, des douleurs qui la condamnaient pendant quelques minutes à une immobilité complète.

Enfin, elle se plaignait d'uriner souvent, très peu à chaque fois et l'urine, dit-elle, était brûlante.

Par contre, elle allait bien à la selle.

A l'examen, ventre légèrement ballonné, vessie non distendue, corps utérin impossible à percevoir par le palper. Le toucher vaginal permet de constater un col projeté vers la symphyse et une masse molle remplissant le Douglas, qui semble bien être le corps en rétroflexion.

Je crus devoir faire quelques tentatives de réduction,

avec la plus grande douceur, pour ne pas provoquer de contractions utérines, mais je sentis assez vite que mes manœuvres ne produisaient aucun résultat. Il semblait que je déprimais une masse pâteuse, mais sans lui imprimer le moindre mouvement de totalité.

Le corps utérin paraissait comme œdémateux et fortement enclavé dans l'excavation. Peut-être aussi, étant donné les accidents antérieurs et l'intervention nécessitée par l'hémorragie *post abortum*, s'était-il produit des adhérences maintenant l'utérus dans sa position vicieuse ; toujours est-il que je crus prudent de ne pas insister et de recourir rapidement à une laparotomie qui me parut plus bénigne que les tentatives réitérées de réduction.

Incision médiane de 10 centimètres.

Ecarteur de Gosset.

Le corps utérin est littéralement incarcéré dans la cavité pelvienne. J'essaie de réduire en passant la main entre le sacrum et l'utérus, mais sans succès.

Il est vrai que je m'efforce d'exercer la pression la plus légère possible. Par contre, saisissant chaque ligament rond avec une pince, je pus désenclaver le corps utérin sans difficulté.

Il n'y avait aucune adhérence. L'utérus était comme œdématié, plus gros notablement qu'un utérus gravide de 2 mois et demi.

Je ne crus pas devoir borner là mon intervention et pratiquai, après avivement, ou mieux résection partielle de la séreuse antérieure, le raccourcissement des ligaments ronds.

Le pli de 5 à 6 centimètres fut maintenu au moyen de 4 fils de lin. C'est donc un raccourcissement de 10 à 12 cm. pour les ligaments ronds.

L'opération avait été simple et brève.

Les suites furent excellentes : pas de vomissements, quelques nausées seulement pendant 24 heures.

J'avais recommandé, si survenaient des douleurs utérines, de faire une injection de morphine et d'administrer un lavement laudanisé, cela ne fut pas nécessaire.

La malade se leva le 8e jour, comme la plupart de mes laparotomisées dans les cas simples et retourna chez elle le quinzième jour.

L'utérus se développa ensuite normalement et la malade accoucha à terme le 15 février.

Le travail fut un peu pénible et il fallut faire une application de forceps, il est vrai que l'enfant pesait 4.625 gr.

L'involution utérine se fit bien et l'utérus, 1 mois après est en bonne position.

### Observation 45

*Personnelle, recueillie dans le service du Professeur* Poisson

Madame X..., âgée de 26 ans, a eu une première grossesse en 1908, grossesse qui fut du reste normale, mais terminée par un accouchement laborieux.

Les dernières règles normales datent du 16 novembre 1910, le 20 décembre la malade est prise alors qu'elle attendait ses règles, de coliques atroces, coliques utérines

analogues, dit-elle, aux coliques d'expulsion lors de l'accouchement. En même temps, apparaît un léger écoulement de sang qui dure trois jours. Puis tout rentre dans l'ordre et la malade n'éprouve plus qu'une certaine gêne, une pesanteur dans le bas-ventre. Il faut noter à cette époque cependant des vomissements, des mictions fréquentes et peu abondantes, de la constipation assez accentuée.

Le 16 janvier, nouvelle crise douloureuse très vive avec, suntement de sang noirâtre légèrement fétide, poisseux et peu abondant.

La malade a un facies pâle, des nausées de la température à 39° avec pouls à 125 lorsqu'elle entre à l'hôpital avec le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire.

Le palper à ce moment montre un abdomen légèrement ballonné, douloureux à la pression, mais assez souple cependant.

Le toucher vaginal donne des renseignements plus précis, le col se trouve porté très en avant, collé derrière la symphise pubienne.

Le cul de sac postérieur est déplissé et occupé par une tumeur qui fait saillie.

Cette tumeur très douloureuse, est bien médiane, lisse, arrondie, de consistance rénitente.

La forme, la consistance, la situation de cette tumeur qui en avait imposé pour une hématocèle, nous fit penser à un utérus gravide rétroversé.

Le Professeur Poisson, devant l'état général de la malade,

se décide à intervenir et, devant l'hésitation légitime du diagnostic, se décide à recourir à la laparotomie.

A l'ouverture du péritoine on ne trouve aucun épanchement, mais le corps utérin violacé, d'un volume correspondant à une gravidité de deux mois et demi environ complètement basculé dans le cul de sac de Douglas.

Il n'y avait aucune adhérence et la main de l'opérateur, engagée à plat entre le sacrum et le corps utérin, parvint avec assez de facilité à réduire la rétroversion.

L'utérus ne fut pas fixé.

La paroi suturée.

Dès le lendemain, la température avait cédé en partie, le pouls était moins rapide, les douleurs très peu vives.

Cependant l'écoulement sanglant continua à se produire, et le cinquième jour la malade avorta d'un fœtus de 2 mois environ. Avortement qui, du reste, fut des plus bénins.

La malade sortit du service trois semaines après, en excellente santé.

# CONCLUSIONS

I. — La rétroversion de l'utérus gravide, affection assez rare, peut donner lieu à des accidents de la plus haute gravité.

II. — Ces accidents, dus à l'enclavement de l'utérus, apparaissent en général vers le 3e ou 4e mois de la grossesse.

III. — Vers cette époque, sans attendre les accidents, il convient de procéder à la réduction de la déviation.

IV. — On s'adressera tout d'abord, après avoir évacué la vessie et l'intestin, aux manœuvres de réduction manuelle *qui ne devront jamais être exécutées avec force.*

V. — Si la déviation semble difficile à réduire, il est préférable d'abandonner ces manœuvres dans lesquelles on ne peut mesurer la force déployée et recourir à la laparotomie.

VI. — La laparotomie se montre dans ces cas en général bénigne et permet presque constamment à la grossesse d'évoluer normalement.

VII. — Enfin on complètera l'intervention (sauf si l'état général de la malade est trop précaire) en faisant la cure radicale de la déviation par la ligamentopexie.

VIII. — La ligamentopexie se montre, en effet, généralement supérieure à l'hystéropexie au point de vue obstétrical.

Vu : *Le Doyen,*

D. LANDOUZY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

BAR.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

L. LIARD.

# BIBLIOGRAPHIE

## A


1 Alfred. — Zur Behandlùng des incarcerirten retrovertiren uterus (Zentralblatt f. Gynœkol., 1898).

2 Amussat. — Journal de Chirurgie, 1843.

3 Auvrad. — Traité pratique des accouchements, 1891.

4 Asterblum. — (Zentrabl. f. Gynœkol. 1892, p. 375).

5 Audebert et Binaud. — Hystéropexie et Grossesse (Soc. de Gynécol. de Bordeaux, 1897).


## B


6 Baisch. — Hémorrhagies vésicales dans les rétroflexions de l'utérus gravide (Zeitsch. f. gynak Urologie, 1908, II, nº 1.

7 Bar. — Rétroversion de l'utérus gravide (Journal des Praticiens, 1910, p. 145).

8 Bar, Brindeau, Chambrelent. — Pratique des accouchements, 1909 (Art. de Treub).

9 Barnes. — (Brit. Medic. journal, décembre 1881).

10 Barth (J. B.). — Rétroversion utérine à 4 mois de grossesse, enclavement, redressement par main en rectum (Gazette des Hôpitaux, 1864, XXXVII, p. 449).

11 Baudelocque. — (Thèse, Paris 1784).

12 Baudouin (Marcel). — Hystéropexie abdominale et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations utérines (Thèse, Paris 1889-90).

13 Bernutz. — (Arch. de Tocologie, 1875, n° 1).

14 Berruyer. — Hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des rétrodéviations utérines (Th., Lyon 1895).

15 Birnhaum. — Ventro-fixation dans la rétroflexion utérine adhérente, envisagée au point de vue des grossesses ultérieures (Société Gynécol. de l'Allemagne du Nord-Ouest. Hambourg, 8 Mai 1909).

16 Blan. — De la grossesse et du travail après l'hystéropexie abdominale ant. (Th., Lyon 1897).

17 Brodhead. — Rupture utérine au cours d'un accouchement chez une femme hystéropexiée (Amer. Journal of. Obst., Juillet 1901).

18 Brose (P.). — Zentralbl. fur. Gynœk, 1909, n° 47 (Annales de Gynécologie, 1910).

19 Budin et Crouzat. — Pratique des accouchements, 1891.

20 Burns. — Traité accouchements, 1837, p. 180.

C

21 Cameron, de Glascow. — British Méd. Journal, 1896.

22 Cailletet. — Rétroversion pendant la grossesse (Th., Paris 1868).

23 Campbell. — Rupture d'un utérus gravide rétroversé

et incarcéré (The journ. of. Obst. and Gynœk. of the british. Empire, Décembre 1908, nº 6).

24 Cazeaux. — Art des accouchements, 1883.

25 Chantreuil. — Rétroflexion de l'utérus gravide (Archives de Tocologie, 1879, p. 230).

26 Charles, de Liège. — Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse (Journal de Médecine, 1875).

27 Charpentier. — Pratique des accouchements, 1883.

28 Chevrier. — Annales Gynécol., 1910, p. 257.

29 Clerc (M.). — Traitement de la Rétroversion irréductible de l'utérus gravide (Th., Paris 1900).

30 Cocart. — Traitement des kystes de l'ovaire pendant la grossesse (Th., Paris 1896).

31 Combarieu. — Etude pathogénique de la rétroversion de l'utérus gravide (Th., Paris 1884-85).

32 Couvelaire. — Société O. G. P. Février 1909.

33 Cristofoletti. — Gynœk. Rundschau, 1910. Heft. xii, p. 446.

34 Cugno (Henri). — Contribution à l'étude des procédés de raccourcissements des ligaments ronds dans le traitement des rétrodéviations (Th., Paris 1906-1907).

D

35 Dayot et Hardouin. — Enclavement d'un utérus gravide fibromateux. Laparotomie, Myomectomie. Accouchement à terme (Revue Gynéc. et Chirurgic. Abd. 1908, p. 355).

36 Delmas et Roger. — Rétroflexion de l'utérus gravide. Cystite hémorragique à col bacilles (Soc Sciences Méd. de Montpellier, 1908, 22 Mai).

37 Delbet. — Soc. O. G. P., Juillet 1909.

38 Demelin. — Obstétrique, Septembre 1897. — Obstétrique, 1, 1896, p. 391. — Obstétrique d'urgence 1900.

39 Depaul. — Cliniques Obstétricales, 1876.

40 Dickinson. — Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie (N.-Y. Obst. Société, 1901. — American Journal Obst., Juillet 1901).

41 Doleris. — Raccourcissements des ligaments ronds (Gaz. Hôpitaux, 1889, p. 70). Société Obst., Paris 1898. — La Gynécologie (1898, p. 494. — 1902, 15. Juin — 15 Octobre 1904. — Août). — Bulletin Médical 1901, 1902.

42 Duncan. — Méd. Times and. Gaz., 1er Décembre 1883.

43 Ducor. — De la rétroversion de l'utérus gravide (Th., Paris 1879).

44 Durhssen. — Veber Aussachungen Ruckwartz neigungen und Kniekungen des Schwangeren Utérus (Zentrabl. f. Gynœk. Liepzig, 1898, p. 859).

E

45 Elleaume. — Monit. des Sciences Médic. et Pharm., Paris 1860.

46 Engelhorn. — Munchener médic. Wochensch, 1910. p. 214.

47 Engstrom. — De l'Ovariotomie pendant la grossesse (Th., Paris 1896).

F

48 Fabry. — Semaine Médicale 1906, p. 43.

49 Ferry. — Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropéxie médiate intrapéritonéale par les ligaments ronds en les rétrodéviations (Th., Paris 1906).

50 Fieux et Chavannaz. — Société O. G. P., Décembre 1904.

51 Figuiera. — Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse (Th., Paris 1902-1903).

52 France (de). — De la Rétroversion utérine pendant la grossesse, au point de vue de son traitement (Th., Paris 1874).

53 Frankestein. — Deuts. Mediz. Wochensch, 1910, p. 1038.

54 Frommel. — Veber opération behandhlung der retroflicktirten utérus (Centralbl. f. Gynœk, 1890).

55 Fry. — Gynœk. transactions, N.-Y., 1898.

56 Fumey. — Des traitements des rétrodéviations. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Th., Paris 1900).

57 Funke. — Beitrag zur Belastungstherapie bei retroflexio uteri gravide (Centralbl. f. Gyn., 1900).

G

58 Garasse. — De la grossesse et de l'accouchement après hystéropexie (Th., Paris 1909-1910).

59 Germain. — Grossesse et nephrectomie (Th., Paris 1908-1909).

60 Gottschalk. — Fall von todtlicher Abnickung des S. romanum in Folge von retroversis utéri gravidi am Ende des 4 Monat. (Zeitschrift f. Gebur. und Gynœk. Stuttg. 1894) — (Annales de Gynécologie, 1895).

61 Gouin. — Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical. (Th., Paris 1904. — Semaine Gynécolog., 1905, p. 54, 62, 347).

62 Grosse. — La Rétroversion de l'utérus gravide. — Causes. Traitement (Gazette Médicale de Nantes, 21 Janvier 1911).

63 Guerard (Von). — Sind ventrifixur und vaginifixur bei Fraùen in Geborfahigem Alter Zu verwerfen? (Monastch. f. Gebür u. Gyn. 1904, p. 102).

64 Guinard. — Congrès de Chirurgie, 1893, p. 146.

H

65 Hardouin. — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide (Th., Paris 1895-96).

66 Harlay. — Contribution à l'étude de la rétrodéviation de l'utérus gravide (Th., 98-99).

67 Hartmann. — Société O. G. P., Avril 1900.

68 Henkel. — (Greifswald) Operatio bei fixierter retroversio uteri gravidi (Zeitsch) f. Gebur u Gyn. — B. 65. Heft, 2. S. 480, 1909).

69 Hivet. — Traitements des rétrodéviations par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Th., Paris 1900).

I J

70 Imlach. — Obst. Journal of Gr. Bret., 1874.

71 Jacquemier. — Manuel des accouchements. Paris 1846.

72 Jacobs. — Laparotomie en certains cas de rétroflexion de l'utérus gravide (Journal accouch. de Liège 1898). — (Journal de Médecine de Paris, 1898, p. 489). — (Bulletin de la Société Belge de Gynécol. et Obst., 1898). — Hysteropexies : Influence sur la gravidité (Bulletin Société Belge Gyn. et Obst., 1904, p. 47). — (Semaine Gynécol. 1904, p. 334).

73 Jeannin (C.). — Conception actuelle du traitement chirurgical de la rétroversion (Presse Médicale, 15 Oct. 1910, nº 83, p. 771).

74 Joubert. — Grossesse et fibrome. Indications opératoires (Th., Paris 1906-1907).

75 Joulin. — Traité d'accouchements, 1867.

K

76 Kubinny. — Revue Gynécol. et Chirurgie. abdom. 1900, p. 200.

77 Kremens-Konsky. — Revue de Gynécol., 1905, p. 756.

78 Kuster. — Monatsch. f. Gebur U. Gynœk, B. 25, 1909.

79 Kustner (Otto). — Retroflexio, versio, utéri grav di (Handbuch f. Gynœk. von Veit. B., 1, 1907). — Wass Kann die Laparotomie bei irreponibler retroflexio utéri gravidi leisten ? (Monatsch. f. Gebur u Gyn. B., 25. S. 150).

L

80 Labadie, Lagrave et Leguen. — Traité d'Obst., 1898.

81 Labusquière. — Annales de Gynécol., 1891, p. 123. Août 1910.

82 Lacroix. — Thèse agrégation, 1844.

83 Lapointe. — La Clinique, 1908, p. 345, 435, 613.

84 Lapton (Smith). — Gyœk. transac., N.-Y., 1898.

85 Lathuras-Violet. — Variété de rétention d'urine dans la rétroversion de l'utérus gravide par renversement de la vessie en le cul-de-sac de Douglas (Annales Gyn. et Obst., Avril 1896).

86 Lefebvre. — Rétention d'urine et utérus gravide rétrodévié (Th., Paris 96-97).

87 Lehmann. — Presse Médicale, 1901, p. 154.

88 Lejars. — Discussion. Congrès O. G. P., Rouen 1904, p. 101.

89 Léon (H.). — Des résultats éloignés de l'hystéro-

pexie abdominale au point de vue de la grossesse (Th., Lyon 1894).

M

90 Maiss. — Monats'chr f. Gebur. u. Gynœ, 1910, p. 773.

91 Malcom Mac Léan. — Gynœk. transact., N.-Y., 1898.

92 Mann. — Gynœk. transact., N.-Y., 1898.

93 Martin et Brée. — Rétroflexion utérus gravide et prolapsus vésico-utérin (Normandie Médicale Juin 1896).

94 Martin. — Réduction de rétroflexion d'utérus gravide après la laparotomie (Annales Gynécologie, 1903). — (Revue Médicale de Normandie, 1903).

95 Martin (A.), de Berlin. — Ueber die Bezichungen der Retrodeviationen des utérus zur Schwangerschaft. (Deutsche Médic. Wochensch. 1889, nº 39).

96 Milander. — Zeitschrift f. Geburtshülfe, xxxiii B., 3» Heft, p. 464.

97 Morill. — Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie (American Journal of Obst., Juillet 1901).

98 Mouchet, de Sens. — Deux cas de réduction après laparotomie d'utérus gravide rétrofléchi (Annales de Gynécol., 1900, p. 583).

99 Mourakoff. — Presse Médicale, 9 Février 1901.

100 Muller. — Die Behandlung des utérus gravides

incarcératus mit dem elastischen Ballon (Zentralblatt. f. Gynœk. Liepzig 1898, p. 1151).

## N

101 Naulleau. — Ligamentopexie, procédé de Beck (Th., Paris 1899-1900).

102 Négrier. — Gazette Médicale de Paris, 1859, p. 429.

103 Noble. — Instramural extraperitoneal, anchorage of the round ligament for postérior desplacement of the utérus (Américic Journal of. Obst. N. Y. 1897-1898 ; Américic Journal of. Obst., 1903, pag. 174. — La Gynécologie, 1901, p. 327).

104 Nœgelé et Grenser. — Traité d'accouchements, 1869.

105 Norris. — Am. journal. of. Obst., août 1898.

## O

106 Oldshausen. — Contribution à l'étude de la rétroflexion puerpérale (Semaine Médicale, 1908).

107 Oui. — L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures (Congrès O. G. P., Rouen 1904, p. 85. — Annales Gynécologie 1904, p. 225. — Causes de la rétrodéviation de l'utérus gravide, Revue pratique d'Obst. et de Pédiatrie, 1894, p. 321).

## P

108 Padzinski. — (Th. Strasbourg, 1869).

109 Pichevin. — Rétroversion par un corps fibreux (Semaine Gynécol. Paris, 1904).

110 Pinard et Varnier. — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide (Annales Gynécol. 1886). — Cystite gangreneuse et Rétroversion (Annales Gynécol., 1887).

111 Pinard. — Annales Gynécologie, 1886, p. 344. — Société. — O. G. P., 3 mars 1899. — Annales Gynécologie, 1898, p. 241. — Académie de Médecine, 1900. — Société O. G. P., Décembre 1901, juillet 1909.

112 Piras. — De l'hystéropexie dans ses rapports avec la puerpéralité (Th. Paris 1896).

113 Playfair. — Traité d'Obstétrique, 1879.

114 Platon. — La Clinique, 1910, p. 616.

115 Poney. — Quelques observations de rétrodéviations gravidiques (La Gynécologie, 1903, p. 121).

116 Puppel (Ernst) de Mayence. — Laparotomie bei retroflexio uteri gravidi incarcerati (Monatsch. Geburtshülfe und Gynœkologie Band 31 Heft 1 Janvier 1910. Seite 87).

## Q R

117 Queirel. — Hystéropexie et puerpéralité (Annales Gyn. et Obst. 1904, p. 369. — Semaine Gynécol.

1904, p. 239. — Laparotomie et grossesse (Marseille médical, 15, II, 1905).

118 RAICHSTEIN. — De la rétroversion de l'utérus gravide (Th. Paris, 1910).

119 REED (Charles). — Amer. Journ. of. Obst. 1907.

120 RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique, 5e édit. 1904 ; 6e édit. 1910.

121 RICARD. — Société O. G. P., avril 1910.

122 RICHELOT. — Société O. G. P., avril 1910. Congrès chirurgie 1905.

123 RIVIÈRE.— Gazette Hebdomadaire, 15 septembre 1904.

124 RUDAUX. — Des interventions abdominales portant sur l'utérus pendant la grossesse (La Clinique 22 avril 1910, nº 16, p. 244).

S

125 SAENGER. — Zentralbl. f. GYNŒK, Leipzig, oct. 1891.

126 SALMON. — De la rétroversion de l'utérus gravide (Th. agrégat. Paris, 1863).

127 SANTE SOLIERI. — Hysteropexie et grossesse (Berliner Klinische Wochenschrift, XLVII, nº 49, p. 237.

128 SCHWARTZ. — Revue Gyn. et Obst. de Bordeaux 1904, p. 237.

129 SEGOND. — (Société Chirurgie, 27 mars 1899. — Société O. G. P., avril et décembre 1900).

130 SINCLAIR. — Grossesse et accouchement après hystéropexie. The Dublin journ. of. medic. Science CXXIX, 3e S., nº 462, p. 447.

131 Siredey. — (Annales Gyn. et Obst., sept. 1910).

132 — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris (Communications de Pinard, Ségond, Schwartz, Hartmann, Doleris, Pozzi, 1899-1900).

133 Stankiwicz. — Traitement des rétroversions par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds (13e Congrès international de Paris, 1900. Sect. de Gynécologie, p. 129).

134 Stapfer. — Consultations sur grossesse et accouchement, 1908.

T

135 Tarnier. — Traité d'accouchement, 1886 (Annales de Gynécol., nov. 1886, p. 345).

136 Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, p. 230, t. II.

137 Thieux. — Contribution à l'étude de l'hystéropexie (Th. Montpellier, 1900).

138 Thomson. — Beitrag. zur Retroflexio uteri gravidi partialis (Zentralb. f. gyn. 1906, p. 547).

139 Treub. — Die Todesursachen bei incarceratio uteri gravidi retroflexi (Zentralb. f. gyn. 1892, p. 375). — La rétroversion de l'utérus gravide (traité Bar. Brindeau, Chambrelent).

140 Trillat. — Annales Gynécologie, mars 1907.

141 Tyler (Smith). — Obst. transact. N. Y., 1861, VII, p. 286.

## V Z

142 Varnier. — Rétroversion récidivante de l'utérus gravide chez une multipare (An. Gyn. 1898, t. II, p. 281. — Société O. G. P., décembre 1906).

143 Vignard. — Traitement de la rétroversion de l'utérus gravide, (Gazette Hebdomadaire, 1867).

144 Vignard. — Laparotomie dans la rétroflexion de l'utérus gravide (Gazette Médicale de Nantes, 12 novembre 1910, nº 46, p. 949).

145 Villeneuve. — Hystéropexie et puerpéralité (Th. Lyon, 1899).

146 Wallisch. — Eléments d'Obstétrique, 1910.

147 Zazini. — L'Isteropexia abdominale anteriore (Morgagni, Milan 1898, p. 83).

148 Zeimet. — Résultats de l'hystéropexie abdominale (Th. Paris, 1898).

149 Ziégenspeck. — Etiologie de la Rétroflexion de l'utérus puerpéral (Zentralbl. f. 1908, nº 23).

# TABLE DES MATIÈRES


| | Pages |
|---|---|
| Introduction | 11 |
| Chapitre Premier. — Etiologie | 15 |
| Chapitre II. — Etude clinique | 22 |
| *Symptômes* | 25 |
| *Complications* | 31 |
| *Diagnostic* | 34 |
| *Pronostic* | 39 |
| Chapitre III. — Traitement | 41 |
| *Cathétérisme de la vessie* | 42 |
| *Réduction manuelle* | 46 |
| *Réduction instrumentale* | 49 |
| *Avortement provoqué* | 51 |
| Laparotomie | 53 |
| *Historique* | 53 |
| *Indications, avantages, résultats* | 60 |
| *Opération complémentaire : Hystéropexie, ou ligamentopexie* | 71 |
| *Technique* | 81 |
| Chapitre IV. — Observations | 84 |
| Conclusions | 123 |
| Index bibliographique | 125 |


Nantes. — Imp. A. DUGAS, 5, quai Cassard.